

Opinnäytetyö (YAMK)

Sosiaali- ja terveysalan kehittäminen ja johtaminen

2018

Niina Oksanen

PALONIEMEN SAIRAALAAN SUUNNITTELEMATTOMASTI PALAUTUVAT PSYKIATRISET POTILAAT

OPINNÄYTETYÖ (YAMK) | TIIVISTELMÄ

TURUN AMMATTIKORKEAKOULU

Sosiaali- ja terveysalan kehittäminen ja johtaminen

27.3.2018 | 56 + 3 liitettä

Ohjaaja: Kari Salonen

Niina Oksanen

PALONIEMEN SAIRAALAAN SUUNNITTELEMATTOMASTI PALAUTUVAT PSYKIATRISET POTILAAT

Kehittämiprojektin tarkoituksena oli kysymysten kautta selvittää eri hoitoyksiköistä syitä psykiatristen potilaiden suunnittelemattomaan palautumiseen Lohjan psykiatriseen sairaalaan. Suunnittelemattomasti sairaalaan palaavien potilaiden hoitoyksiköt kartoitettiin. Valitsin yhteensä seitsemän hoitoyksikköä Lohjan ja Vihdin alueelta, jotka kattavat niin perusterveydenhuollon kuin yksityisen sektorin.

Keräsin tietoa benchmarking-menetelmällä ennalta pohdittujen kysymysten avulla. Teemahaastattelulla haluttiin selvittää syitä suunnittelemattomasti sairaalaan palaavien psykiatristen potilaiden hoitoon, lääkehoidon toteutukseen ja työntekijöiden koulutukseen.

Kehittämiprojektin lopputuloksena kertyi eri syitä suunnittelemattomalle sairaalahoidolle ja arvioita, miten sitä voisi ehkäistä. Lääkehoito, yhdenmukaiset linjaukset ja yhteistyö eri yksiköiden välillä koettiin tärkeäksi, sairaalaan pääsy potilailla todettiin monessa jatkohoitoyksikössä olevan eriarvoista. Sairaalaan pääsi välillä liian helposti. Potilaan oikea suunniteltu jatkohoito ja palveluohjaus nostettiin keskeiseksi asiaksi. Erilaisia uudentyyppisiä jatkohoitomuotoja kaivattiin. Henkilökunta koki koulutuksen olevan tärkeää.

Vastausten pohjalta sairaalan osastoille syntyi prosessimalleja. Prosessimallit muodostuivat sairaalasta kotiutuvalle potilaalle, toistuvasti suunnittelemattomasti sairaalahoidossa olevalle potilaalle ja jos potilas ei tulisikaan sairaalaan.

ASIASANAT:

Psykiatrinen potilas, suunnittelematon hoito, yhteistyö, avohoito, sairaalahoido

MASTER'S THESIS | ABSTRACT

TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Social- and healthcare management and leadership

27.3.2018 | 56 + 3 appendices

Instructor: Kari Salonen

Niina Oksanen

PSYCHIATRIC PATIENTS UNPLANNED RETURN TO THE HOSPITAL OF PALONIEMI

The purpose of the development project was to find out through questions the reasons within different treatment units as to why psychiatric patients would return unplanned to the Psychiatric Hospital of Lohja. The treatment units from where the patients returned to hospital unplanned, were included in the survey. The total of seven treatment units were selected from the Lohja and Vihti area that cover both public and private health care sectors.

The information was gathered through benchmarking using pre-pragmatic questions. Theme interviews were used to find the reasons behind the treatment of patients that return unplanned to the hospital, medical care implementation and the training of employees.

The results of the development project collected different reasons for unplanned medical treatment and estimates on how to prevent it. Medical care, uniform policy and cooperation between different units was found important and patient access to the hospital was proved unequal in many follow-up care units. Sometimes patient access to the hospital was too easy. The patient's correctly planned follow-up treatment and case management was raised as a key issue. A variety of new types of follow-up treatment were needed. The staff reported that education was important.

Based on the answers, process models emerged in the hospital departments. The process models covered a patient who could return home from hospital, repeatedly unplanned hospitalization of a patient and a patient who would not even come to the hospital.

KEYWORDS:

Psychiatric patient, unplanned treatment, cooperation, outpatient care, hospitalization

SISÄLTÖ

KÄYTETYT LYHENTEET TAI SANASTO	6
1 JOHDANTO	7
2 KEHITTÄMISPROJEKTI	8
2.1 Kehittämisprojektin toimintaympäristö	8
2.2 Kehittämisprojektin organisaatio	9
2.3 Kehittämisprojektin tarve ja tausta	10
2.4 Kehittämisprojektin tavoite ja tehtävä	10
2.5 Kehittämisprojektin eteneminen	11
3 SAIRAALAAN SUUNNITTELEMATTOMASTI PALAAVAT POTILAAT	14
3.1 Sairaalaan suunnittele mattomasti palaavat potilaat	14
3.2 Psykiatrinen hoito ja palvelujärjestelmä	15
3.3 Hoitokäytänteet psykiatrisessa hoidossa	19
3.4 Psykiatrinen lainsäädäntö	19
4 KEHITTÄMISPROJEKTIN TOTEUTTAMINEN	21
4.1 Kehittämisprojektin toteutus	21
4.2 Kehittämisprojektissa käytetyt menetelmät	21
4.3 Aineiston analyysi	24
5 KEHITTÄMISPROJEKTIN TULOKSET	26
5.1 Kehittämisprojektin lähtötilanne	26
5.2 Kehittämisprojektin jatkohoitokohteet	26
5.3 Käynneistä esiin nousevat asiat	31
5.4 Tulosten yhteenveto	35
5.5 Kehittämiskohteet ja jatkotoimenpiteet	37
6 PROSESSIKUVAUKSEN MALLI TOISTUVISTA SAIRAALAHOIDOISTA	40
6.1 Palveluprosessi ja rajaus	40
6.2 Palveluprosessin uudelleen arviointi	42
6.3 Potilaslähtöisyys hoidossa	45
6.4 Henkilöstön välinen kehittäminen	46

6.5 Jatkohoito ja jatkohoitoyksiköiden palvelutarjonta	47
7 POHDINTAA JA ARVIOINTIA	50
7.1 Kehittämisprojektin arviointia toteutuksesta sekä luotettavuuden tarkastelua	50
7.2 Kehittämisprojektin tavoitteet suhteessa tuotokseen	51
7.3 Kehittämisprojektin jatkokehittely	51
LÄHTEET	52

LIITTEET

- Liite 1. Toimeksiantosopimus
- Liite 2. Teemahaastattelurunko
- Liite 3(1). Toistuvasti sairaalaan palaava potilas; huomioitavaa sairaalassa
- Liite 3(2). Sairaalaista kotiutuva potilas
- Liite 3(3). Toistuvasti sairaalaan palaava potilas; uudelleen arvio
- Liite 3(4). Sairaalahoitoa ei tarvita

KUVIOT

Kuvio 1. HUS Lohjan sairaanhoitoalue 2018.	8
Kuvio 2. HUS Lohjan sairaanhoitoalue psykiatria.	9
Kuvio 3. Kehittämisprojektin eteneminen 2016-2018	11
Kuvio 4. Toistuvasti sairaalaan palaava potilas; huomioitavaa sairaalassa.	41
Kuvio 5. Toistuvasti sairaalaan palaava potilas; sairaalasta kotiutuva potilas.	42
Kuvio 6. Toistuvasti sairaalaan palaava potilas; sairaalasta kotiutuva potilas; uudelleen arvio	44
Kuvio 7. Toistuvasti sairaalaan palaava potilas; jos ei sittenkään sairaalaa tarvita.	48

KÄYTETYT LYHENTEET TAI SANASTO

HUS Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri

PSYKIATRINEN AVOHOITO PERUSTERVEYSHUOLLOSSA on ohjattua terveyden- tai sairaanhoitoa, jossa potilas asuu omassa kodissaan eikä vietä pitkiä aikoja laitoksessa tai sairaalan vuodeosastolla. Potilas käy terveyskeskuksen psykiatrisella puolella käynneillä. Terveyskeskuksen psykiatriset hoitajat hoitavat lievempiä mielenterveydenhäiriöitä kuten elämänkriisejä.

PSYKIATRINEN AVOHOITO ERIKOISSAIRAANHOIDOSSA on ohjattua terveyden- tai sairaanhoitoa, jossa potilas asuu omassa kodissaan eikä vietä pitkiä aikoja laitoksessa tai sairaalan vuodeosastolla. Potilas käy erikoissairaanhoidon psykiatrisella puolella käynneillä. Erikoissairaanhoidossa käy vaikeammat mielenterveydenhäiriöt/ sairaudet.

SUUNNITTELEMATTOMASTI SAIRAALAAN PALAAVAT POTILAAT= PYÖRÖOVI
Tässä työssä tarkoitetaan potilaita, jotka palaavat sairaalaan 30 vuorokaudessa ennalta suunnittelemattomasti sairaalaan.

1 JOHDANTO

Sosiaali- ja terveysministeriön hallinnoiman sosiaali- ja terveysalan uudistuksen tavoitteena on säästää valtiolle 3 miljardia euroa vuoteen 2029 mennessä (Valtioneuvosto 2015). Väestön määrä on lisääntymässä, joten kustannustehokkuutta haetaan. "Hoitopäivien määrä kasvaa Suomessa vuoteen 2040 mennessä 28 %". (Kinnula ym. 2014, 21).

Suomessa psykiatriseen sairaalahoitoon palaa 30 vuorokauden sisällä 10 % potilaista. Psykiatristen sairaalahoitajaksojen vähentäminen sekä välttäminen pitää sisältyä kansallisiin terveydenhuollon tavoitteisiin. (Wahlbeck ym. 2017). Lohjan psykiatrisessa tulosyksikössä 14 % potilaista palaa uudelleen psykiatriseen sairaalaan 30 vuorokauden sisällä. Porvoon psykiatrisen tulosyksikössä palaa 10 % potilaista hoitoon ja vastaavasti Hyvinkään tulosyksikössä 19 %. Aikamittausväli oli 1.1.2015- 31.8.2016. (HUS tilastot).

Sairaalaan paluut häiritsevät ihmisten arkea, samalla kuluttavat terveydenhuollon rajallisia resursseja. Sairaalaan paluita voidaan ehkäistä monitahoisella lähestymistavalla, jossa otetaan huomioon sekä yksilötason että järjestelmätason tekijöitä. (Wahlbeck ym. 2017.)

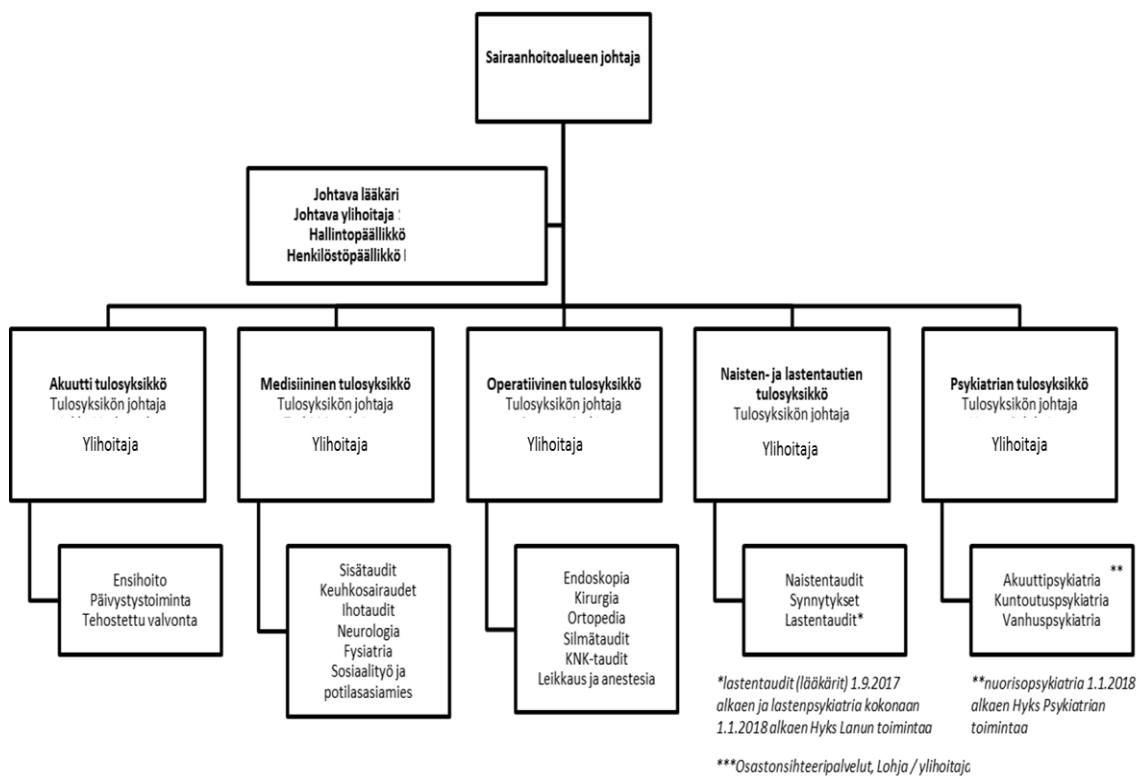
Kehittämishanke kohdistui toistuviin suunnittelelmattomista sairaalahoitoihin Palonien psykiatrisessa sairaalassa. Projektille tunnistettiin tarve ja se koettiin tärkeäksi aiheeksi kustannusten sekä potilaiden näkökulmasta. Tavoitteena oli saada tietoa suunnittelelmattomasti sairaalaan palaavien potilaiden jatkohoitopaikoista ja vaikuttaa toistuviin sairaalahoitoihin. Jatkohoitoyksiköiden teemahaastattelussa kartoitettiin: syitä potilaiden hakeutumiseen toistuvasti sairaalahoitoon, jatkohoitopaikkojen kykyyn vastata potilaiden lääkehoitoon sekä henkilökunnan koulutustarpeisiin. Haastattelun seitsemän eri kohdetta ryhmähaastatteluna, yhteensä haastateltavia oli 30 henkilöä. Haastattelujen pohjalta nousi tärkeitä asioita esille, jotka otettiin huomioon sairaalaan palaavien potilaiden hoitoon liittyvissä prosesseissa.

2 KEHITTÄMISPROJEKTI

2.1 Kehittämishankkeen toimintaympäristö

HUS:n 21 sairaalassa työskentelee noin 22 000 ammattilaista. HUS:a hoidetaan potilaita kaikilla isoimmilla erikoisaloilla. Lohjan sairaala on Lohjalla sijaitseva HUS:n alainen sairaala, jonka alueeseen kuuluvat Karkkila, Lohja, Siuntio ja Vihti. (<http://www.hus.fi/sairaanhoito/sairaalat/Sivut/default.aspx>).

Lohjan sairaalan organisaatio kuvattuna:

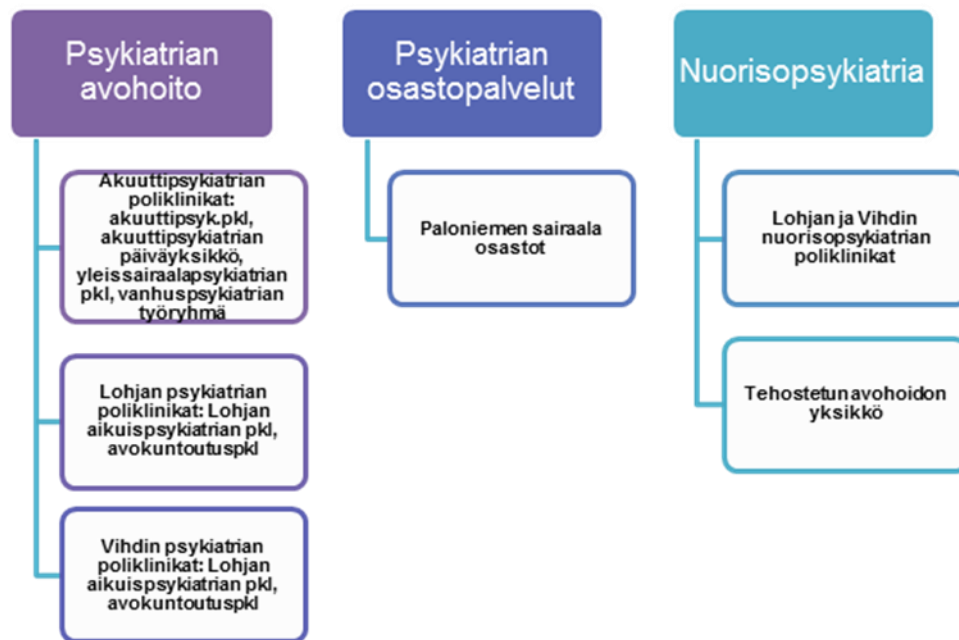


1

Kuvio 1. HUS Lohjan sairaanhoitoalue 2018 (HUS intranet).

Paloniemen sairaala on Lohjan sairaalan alainen yksikkö, joka on kahden suljetun osaston psykiatrinen sairaala. Potilasvuodepaikkoja osastoilla on 32 paikkaa. Vuoden 2018

alusta alkaen suljetulla osastolla on sairaansijoja 24, jotka sisältävät psykososiaaliset paikat. Osasto supistui yhdeksi osastoksi muutoksen yhteydessä. Organisaatiossa on toimintaa psykiatrisille potilaille Lohjalla ja Vihdissä: poliklinikka, avokuntoutuspoliklinikka, akuuttipsykiatrian poliklinikka, päiväyksikkö sekä yleissairaalapyykiatrian poliklinikka. Akuuttipsykiatrian poliklinikka palvelee akuutteja 1-luokan läheteellä tulevia potilaita.



Kuvio 2. HUS Lohjan sairaanhoitoalue psykiatria 2017 (Hus intranet).

2.2 Kehittämisprojektin organisaatio

Kehittämisprojektissa projektiorganisaation muodostivat projektipäällikkö sekä ohjausryhmä. Ohjausryhmä on moniammatillinen tiimi, joka koostuu Lohjan psykiatrian johtoryhmästä. Johtoryhmään kuuluu henkilöitä monilta eri osaamisaloilta; lääkäreitä, sosiaalityöntekijä, ylihoitaja, psykologi, henkilöstön edustaja sekä kokemusasiantuntija. Ohjausryhmä päätti käynnistää projektin lokakuussa 2016.

Mentorina toimii akuuttipsykiatrian poliklinikan osastonhoitaja. Mentorin kanssa tapaamiset ovat suositeltavia, mutta tämän projektin osalta ne jäivät vähäisiksi. Mentorin rooli osoittautui benchmark käynteihin osallistumisena. Mentorointi on tavoitteellinen vuoro-

vaikutussuhde, jossa mentori auttaa mentoroitavaa rajatulla kehittymisen alueella (Juu-sela ym. 2000, 18). Ohjaavana opettajana on toiminut Turun ammattikorkeakoulun puolesta yliopettaja.

Varsinaista projektiryhmää työympäristössä ei ole kehittämishankkeen ympärillä. Toimin projektipäällikkönä kehittämishankkeessa ja projektiini ei ole kuulunut muita varsinaisia jäseniä, osittain käynneissä oli mukana työparina osastonhoitaja.

2.3 Kehittämishankkeen tarve ja tausta

Kehittämishankkeelle nousi tarve, kun tarkastelussa oli uudelleen sairaalalle palautuvien potilaiden käyntimäärät. Lohjan psykiatrian tulosyksikössä 14 % potilaista palaa uudelleen psykiatriseen sairaalaan 30 vuorokauden sisällä. Porvoon psykiatrian tulosyksikössä palaa 10 % potilaista hoitoon ja vastaavasti Hyvinkään tulosyksikössä 19 %. Aikamittausväli oli 1.1.2015- 31.8.2016. (HUS tilastot 2015-2016.) Lohjan tulosyksikössä asiaa lähdettiin selvittämään kehittämishankkeen avulla eri jatkohoitoyksiköissä.

HUS:n laatuksena on tarkkailla, miten usein potilaat palautuvat uudelleen hoitoon. Näitä lukuja vertaillaan eri sairaanhoitopiirien välillä. Terveystietojen ja hyvinvoinninlaitos suosittelisi myös psykiatriseen sairaalaan paluun asteen ottamisen käyttöön toiminnan yhtenä tulostuloksena sekä terveysrekisteritietojen kehittämisen entistä yhdenmukaisemmiksi ja luotettavammiksi. (Wahlbeck ym. 2017.)

Sairaalaan suunnitteleman potilailla on olennainen vaikutus HUS:n toiminnan kustannustehokkuuteen. Väestön määrä on lisääntymässä, joten kustannustehokkuutta haetaan. Hoitopäivien määrä kasvaa Suomessa vuoteen 2040 mennessä 28 %. (Kinnula ym. 2014, 21.)

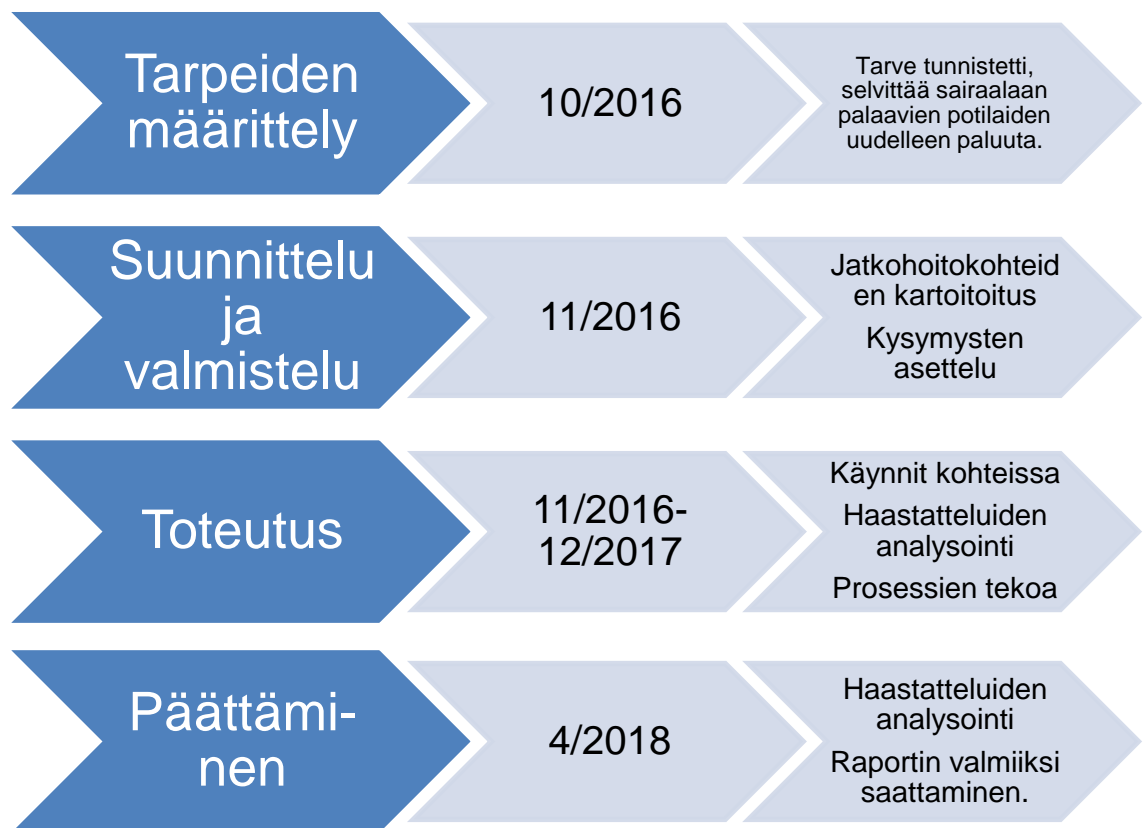
2.4 Kehittämishankkeen tavoite ja tehtävä

Kehittämishankkeen tavoitteena oli 1) saada tietoa Paloniemen sairaalan suunnitteleman potilaiden palaavien jatkohoitopaikoista ja 2) vaikuttaa suunnitteleman potilaiden toistuvien sairaalahoitoihin.

Kehittämiprojektin tehtävänä oli selvittää 1) jatkohoito yksiköiden tapaa hoitaa potilaita ja 2) kykyä vastata lääkehoidolliseen toteutukseen, 3) koulutuksen tarpeita sekä 4) toistuvia suunnittelemattomia sairaalahoitoon johtavia syitä jatkohoitoyksiköiden näkökulmasta.

2.5 Kehittämiprojektin eteneminen

Kehittämiprojekti eteni seuraavan kuvion mukaisesti 2016-2018:



Kuvio 3. Kehittämiprojektin eteneminen 2016- 2018.

Kehittämiprojektin idea syntyi johtavan lääkärin toimesta psykiatrian johtoryhmässä. Hän totesi 30 vuorokaudessa sairaalaan palautuvien potilaiden olevan HUS:n yksi laatuksiteeri ja tähän olisi syytä kiinnittää huomiota. Johtoryhmässä esitettiin kysymyksiä mihin haluttiin vastauksia eri jatkohoitoyksiköiltä. Johtoryhmässä nimettiin vastuhenkilö projektiin, jonka myötä kehittämishankkeen käynnistyi. Kettusen (2009, 45) mukaan projektit saavat alkunsa tilauksesta, sisäisen idean pohjalta tai sisäisen kehityksen pohjalta.

Prosessin ensimmäinen vaihe on tarpeen tunnistaminen. Projektin seuraavana vaiheena on määrittely, jossa projektia lähdetään syvällisemmin määrittämään.

Sain potilaslistan, jossa oli kaikki sairaalaan palautuvat potilaat 30 vuorokaudessa. Potilaslistan mukaan aloin kartoittamaan potilaiden hoitopaikkoja. Listasta ilmeni jatkohoito-paikka mistä potilas oli palautunut sairaalaan 30 vuorokauden sisällä. Lähdin kartoitet-tujen tietojeni pohjalta benchmarking- käynneille potilaiden jatkohoito paikkoihin Lohjan, ja Vihdin alueille. Jatkohoitopaikat ovat kunnan ja yksityisten yritysten ylläpitämiä. Kävin yhteensä kuudessa jatkohoitopaikassa, joissa kartoitin, minkälaista tukea heillä oli tarjota potilaille. Keskityin aiheisiin, jotka olivat nousseet esille johtoryhmässä kuten lääkehoidon toteuttaminen, henkilökunnan koulutustarpeet sekä kehittämiskohteet sairaalaan palaavien potilaiden hoidossa ja syitä sairaalaan palaamiseen. Laadin muistion esitetty-jen aiheiden pohjalta. Joillakin käynneillä oli mukana osastonhoitaja, jolloin sain parem-min keskittytyä muistiinpanojen tekemiseen.

Kolmantena vaiheena on Kettusen (2009, 54) mukaan suunnittelu ja valmisteluvaihe. Tässä on tarkoitus käydä läpi, että tilaajalla ja toteuttajalla on yhteiset näkemykset pro-jektista. Hyvä suunnitelma elää koko projektin ajan. Laadin aikataulusuunnitelman kehit-tämishankkeelleni sekä toimeksiantosopimuksen (Liite1. Toimeksiantosopimus) yh-dessä työnantajan edustajien kanssa, jossa rajattiin sopimus kattamaan käynnit eri jat-kohoito yksiköihin. Varsinaista projektiryhmää ei ole työympäristössä kehittämishank-keen ympärillä. Toimin projektipäällikkönä kehittämishankkeessa, projektiini ei kuulu muita jäseniä. Osassa käynneissä oli mukana osastonhoitaja

Johtoryhmä on kehittämishankkeeni ohjausryhmä, jossa kävin suunnitelmani läpi. Men-torin kanssa tapaamiset ovat suositeltavia kehittämishankkeen rinnalla. Mentorina toimi osastonhoitaja akuuttipsykiatrian poliklinikalta. Mentorointi on tavoitteellinen vuorovaiku-tussuhde jossa mentori auttaa mentoroitavaa rajatulla kehittymisen alueella (Juusela ym. 2000, 18). Laadin aikataulusuunnitelman kehittämishankkeelleni.

Neljäntenä vaiheena on projektin läpivienti eli toteutusvaihe (Kettunen 2009, 155). Aluksi sain työaika projektille neljä tuntia viikossa muutaman kuukauden ajan. Ajan käytin käyn-teihin eri hoitoyksiköihin sekä raporttien yhteenvedon laatimiseen. Toteutusvai-heessa haastattelin benchmarking- menetelmällä yksityisen sektorin, Lohjan sekä Vihdin kaupungin sekä HUS:n alaisuudessa olevia psykiatrisia jatkohoitoyksiköitä. Haastatte-luiden pohjalta laadin yhteenvedon lääkehoidon toteutuksesta, koulutustarpeista sekä

tunnistetuista kehityskohteista, joilla on vaikutuksia sairaalaan suunnittelemattomasti palaavien potilaiden hoitoketjuun. Ohjausryhmälle esitin benchmarking käyntien lopputulokset. Tuloksien pohjalta tein prosessikaaviot, jonka tarkoitus on selkeyttää toistuvasti osastolle suunnittelemattomasti palautuvien potilaiden ohjausta. Tähän osioon työnantaja ei tunnistanut tarvetta tilaukselle, joten jatkoin työtäni omasta mielenkiinnosta.

Viimeisenä vaiheena on projektin päättäminen sekä jälkityöt, jolloin laaditaan loppuraportti (Kettunen 2009, 181). Ohjausryhmä tekee projektin loppuraportin pohjalta päätökset mahdollisista jatkotoimenpiteistä. Tavoitteena on saada projekti päätökseen kevään 2018 aikana. Raportin kirjoittaminen tapahtui maaliskuun 2018 aikana ja projektin päättäminen huhtikuussa.

3 SAIRAALAAN SUUNNITTELEMATTOMASTI PALAAVAT POTILAAT

3.1 Sairaalaan suunnittelemattomasti palaavat potilaat

Sairaalaan suunnittelemattomasti palautuvilla potilailla tarkoitetaan tässä työssä potilaita jotka palautuvat sairaalahoitoon suunnittelemattomasti 30 vuorokauden sisällä. Toistuvista sairaalahoidoista käytetään myös nimitystä pyöröovi.

Pyöröovi-ilmion riskitekijöiksi iäkkäillä on havaittu aiempi sairaalajakso, sairaalajakson pituus, monisairastavuus ja toimintakyvyn haitat. Tukiverkostolla ja avohoidolla oli myös merkittävä vaikutus potilaalle. (García-Pérez ym. 2011). Pitkän sairaalahoidon aikana toteutettu ensipsykoosin kuntoutus saattaa lisätä sairaalahoidon tarvetta seuraavina vuosina avohoidossa annettuun kuntoutukseen nähden. (Käypähoito suositukset, 2017).

Andersenin (1995, 8) mukaan potilaan altistavat tekijät ja mahdollistavat voimavarat luovat tarpeen terveystalouden käyttöön. Altistavia tekijöitä ovat potilaan demografia (ikä ja sukupuoli) ja sosioekonomiset tekijät (tulot, koulutus, siviilisääty) ja mahdollistavia voimavaroja ovat perheen, ystävien sekä lähipiirin tuki ja asuin ympäristö. Palvelujen käytön ajatellaan vaikuttavan henkilön terveyteen. Taustalla vaikuttaa yhteiskunnan terveysjärjestelmä (politiikka, voimavarat, organisaatiot) ja ulkopuolinen ympäristö. Yksinasuvilla potilailla oli vähemmän uusintakäyntejä, sillä heidän toimintakykynsä arvioitiin olevan parempi, jotta he selviytyivät yksin verraten avun varassa oleviin potilaisiin. (Wolters Kluwers Heath 2015).

Syitä toistuvaan sairaalahoitoon

Suomessa potilas palaa uudelleen sairaalaan hyvinkin nopeasti osastohoidon päätyttyä, on yleisempää kuin muissa pohjoismaissa (Korkeila 2011). Osastohoito ei ole pitkällä aikavälillä tulokseltaan tehokasta (Hawthorne ym. 2009). Suomessa ei ole avohoidon tukipalveluja ongelmatilanteiden selvittämiseksi ja ratkaisemiseksi, ilman osastohoitojaksoa. Avopalveluille ei ole usein muita vaihtoehtoja kuin lähettää potilas sairaalaan, avohoidon tukipalveluissa saattaa olla myös puutteita. Tietojärjestelmissä saattaa olla puutteita tai hallinnon hajanaisuus on esteenä ongelmien korjaamiselle. (Korkeila 2011.)

Kotiuttaminen hoivakotiin tai pitkäaikaiseen hoitolaitokseen kaksinkertaisti uusintakäyntien määrän (Silverstein ym. 2008, 366). Laitoshoitopotilaiden paremman mahdollisuuden hoitoon pääsyyn katsottiin liittyvän uusintakäynteihin australialaistutkimuksessa (Islam, O'Connel & Hawkins 2014, 359). Aiempien sairaalakäyntien määrän ja hoitoajan todettiin tutkimuskatsauksissa nostavan uusintakäyntejä toimintakyvyn heikentyessä (García-Pérez ym. 2011, 645; Craven & Conroy 2015, 111).

Pyöröovi potilaille on suositeltavaa kehittää yhä monimuotoisempia hoito- ja kuntoutujärjestelmiä, suosia ennalta sovittuja kuntoutusjaksoja sekä perustettava erilaisia kokeiluprojekteja (Nordling 2007, 224). Jotkut teoriat liittyen pyöröovi ilmiöön väittävät, että toistuva sairaalahoidon saattaminen riittämättömän kuntoutuksen, heikon jatkohoidon tai riittämättömän avohoidon jatkuvuuden tuote. Toiset ajattelevat, että potilaat saattavat käyttää psykiatrisia sairaaloita ei psykiatriin tarkoituksiin, kuten asuntoon, talouteen tai perheeseen liittyviin vaikeuksiin. (Goldenberg 2006, 15.) Puutteellinen kotiutussuunnitelma todettiin uusintakäynnin riskiksi (Li ym. 2014, 60). Ilmoitus potilaan kotiuttamisesta tulee tehdä hyvissä ajoin sosiaalityöntekijälle (Finlex 2012/980, 25 § Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista).

3.2 Psykiatrinen hoito ja palvelujärjestelmä

1940-luvulla oli yleinen käsitys, että mielisairautta ei voitu parantaa sen perinnöllisyyden vuoksi. Mielisairaita hoitavien laitosten tarkoituksena oli potilaiden säilyttäminen ja vahinkojen ehkäiseminen. Suomalainen psykiatria perustui 1940- ja 1950-luvulla lähinnä somaattiseen lääketieteeseen. Tyypillistä ajan ajattelulle oli sairastuneiden rinnastaminen rikollisiin. Psykiatria on ollut ainoa lääketieteen erikoisala, jonka rahoitus on pysynyt 1990-luvun alusta alkaen ennallaan muiden alojen rahoituksen lisääntyessä. Ensimmäinen neurolepti (klorpromatsiini) otettiin käyttöön 1950-luvulla, trisykliset masennuslääkkeet 1960-luvulla, atyyppinen neurolepti klotapiini 1980-luvulla, SSRI-masennuslääkkeet (serotoniinin takaisinoton estäjät), uudet masennuslääkeryhmät ja lisää atyyppisiä neurolepteja 1990- ja 2000-luvulla. Useimmat tällä hetkellä (2006) käytössä olevat psykiatrialääkkeet ovat tulleet markkinoille vuoden 1990 jälkeen. (Wikipedia, 2018.)

Psykiatrinen sairaalahoido

Psykiatrasta sairaalahoidoa tarvitaan, kun avohoidon palvelut eivät ole riittäviä mielenterveyden häiriön aiheuttamien ongelmien hallitsemiseksi. Psykiatrinen sairaalahoido vaihtelee lyhyistä kriisi- ja avohoidon tukihoidoista pitkiin kuntouttaviin hoitojaksoihin. Psykiatrasta sairaalahoidoa annetaan muun muassa yliopistollisissa keskussairaaloissa, keskussairaaloissa, aluesairaaloissa sekä psykiatrisissa sairaaloissa ja valtion sairaaloissa. Välimuotoisia palveluja mielenterveyden häiriöistä kärsiville ovat laitoshoidon ja avohoidon välimaastoon kehitetyt palvelut. Niiden tarkoituksena on tukea avohoidoa ja kuntoutumista. Niitä ovat esimerkiksi erilaiset asumispalvelut, työtoiminta, päiväsairaanhoito sekä päivätoimintakeskukset. (Harjajärvi ym. 2006, 14.)

Psykiatriset sairaalat ovat erikoistuneet hoitamaan potilaita, joilla on vakavia mielenterveyshäiriöitä ja sairauksia, jotka ovat hoidossa perusterveydenhuollon tai jonkun muun tahon lääkärin läheteellä. Hoitoon lähettämisen syynä saattaa olla esimerkiksi vakava masennus, itsemurhariski, vaikeat ahdistuneisuushäiriöt ja fobiat, psykoottisuus tai päihdepsykoosi. (Hietaharju ym. 2010, 22.) Sairaalahoidon keskeisenä päämääränä on potilaan terveyden ja hyvinvoinnin kohentaminen. Ennalta suunnittelemattomien sairaalaan paluuden yleisyys saattaa kertoa hoitojärjestelmän laatuongelmista. (Wahlbeck ym. 2017.)

Avohoido

Kuntien vastuulla on suomessa mielenterveyspalvelujen järjestäminen. Mielenterveyspalveluita tuottavat kuntien lisäksi sairaanhoitopiirit, yksityiset palveluntuottajat ja kolmannen sektorin toimijat eli järjestöt. Apua voi saada mielenterveysasioissa esimerkiksi terveyskeskuksesta, työterveyshuollosta, psykiatrisesta erikoissairaanhoidosta, yksityisiltä lääkäriasemilta, yksityisiltä psykoterapeuteilta, kirkolta sekä järjestöiltä, jotka järjestävät ja ylläpitävät monenlaisia mielenterveyspalveluita. (Suomen mielenterveysseura, 2018.)

Perusterveydenhuolto on mielenterveystyön ensimmäinen porras, jonka tavoite on kansalaisten hyvinvointi ja heidän omatoimisuutensa ja turvallisuuden tunteensa säilyttäminen. Mielenterveysyksikön tehtäviin kuuluvat mielenterveysongelmien ehkäisy, tunnistaminen, hoito ja potilaiden lähettäminen tarpeen mukaan jatkohoitoon. Perusterveydenhuollon tehtävänä on arvioida mielenterveyshäiriössä olevan potilaan avuntarve ja antaa tarvittaessa lähete jatkohoitoon. (Hietaharju & Nuutila 2010, 19-20.) Erikoissairaanhoidon psykiatrisilla poliklinikoilla tarjotaan avohoidoa ja sieltä voi saada tarpeen mukaan

lähetteen osastohoitoon. Psykiatriset poliklinikat toimivat myös terapia- ja jatkohoitopaikkoina sairaalahoidon jälkeen. (Hietaharju & Nuutila 2010, 22.)

Avopalveluja tukevien palveluiden määrä on huomattavasti lisääntynyt. Osa on kuntien järjestämiä, mutta valtaosa hankitaan ostopalveluina. (Tuori 2011, 3.) Tavallisimmin mielenterveyden häiriöiden hoito on yhdistelmä keskusteluapua ja lääkitystä ja joskus myös erilaista ryhmätoimintaa tai toiminnallisia hoitomuotoja, kuten taide- tai musiikkiterapiaa. Avohoidossa eli hoidossa oleva ei yövy sairaalassa. Avohoidossa hoidetaan usein myös vaikeita ja pitkäkestoisia mielenterveysongelmia, potilas käy yleensä joitakin kertoja viikossa tai kuussa saamassa hoitoa. Avohoitoon on olemassa asuinpaikkakunnasta ja asiakkaan tarpeesta riippuen erilaisia palveluja, kuten tuettua asumista ja kuntouttavaa päivätoimintaa. Jos psykiatrisen avohoidon palvelut eivät ole riittäviä potilaalle, potilas ohjataan psykiatriseen osastohoitoon hoidon tarpeen arvioinnin jälkeen. Osastohoitoon eli vuodeosastolle ei pääse kovin helposti. (Suomen mielenterveysseura, 2018.)

Laitoshoito

Säätiöt, yksityisyritykset, yhteisöt ja potilasjärjestöt tarjoavat asumista palvelu-, hoito- tai tukikodeissa sekä palveluasunnoissa ja –asuntoloissa, kun osastohoito ei ole enää tarpeen, mutta yksin omassa asunnossa ei tulla toimeen (Hietaharju ym. 2010, 22-25). Pitkäaikaishoidot ovat siirtyneet sairaaloista asumispalveluihin, mutta eivät itsenäiseen asumiseen siinä määrin kuin on toivottu (Tuori 2011, 3).

Kunta voi järjestää hoitoa, huolenpitoa tai kuntoutusta tarvitsevan henkilön sosiaalipalvelut laitoshoidona, silloin kun henkilön palveluja ei ole mahdollista tai tarkoituksenmukaista järjestää hänen omassa kodissaan. Laitoshoitoa järjestetään myös terveydenhuollon palveluna. Laitoshoidosta säädetään sosiaalihoitolaissa 1301/2014. Laitoshoitoa järjestetään pääasiassa ikääntyneille, vammaisille, sijaishuoltopaikkaa tarvitseville ja huostaanotetuille lapsille tai päihdeongelmallisille. (Sosiaali- ja terveysministeriö, 2018.)

Lyhytaikaisella laitoshoidolla tuetaan ikäihmisten ja vammaisten kotona selviytymistä tai omaisen jaksamista. Samalla usein ehkäistään pysyvän laitoshoidon tarvetta. Lyhytaikaishoidot voivat toistua säännöllisesti kotona asumisen kanssa tai ne voivat olla satunnaisia. Pitkäaikaista laitoshoitoa annetaan henkilölle, jolle ei voida järjestää hänen tarvitsemaansa ympärivuorokautista hoitoa kotona tai palveluasunnossa. Laitoshoitoon sisältyy hoidon lisäksi ravinto, lääkkeet, puhtaus, vaatetus sekä sosiaalista hyvinvointia

edistävät palvelut. Pitkäaikaista laitoshoidoa annetaan vanhainkodeissa ja terveyskeskusten vuodeosastoilla ja erilaissa hoito-, hoiva-, veljes- ja sairaskodeissa, järjestöt ja yksityiset yritykset tuottavat myös laitospalveluja. (Sosiaali- ja terveysministeriö, 2018.)

Mielenterveyskuntoutujille on olemassa erilaisia asumispalveluita, joihin yleensä liittyy myös psykososiaalista kuntoutusta. Näitä paikkoja on noin 8 000, ja niitä ylläpitävät pääasiassa yksityiset yrittäjät tai yhtiöt tai kolmannen sektorin toimijat. Sairaalapaikkojen määrä on laskenut samalla kuin palveluasuminen on viime vuosina kasvanut. (THL 16.3.2018.)

Jatkohoito

Potilas voi valita häntä hoitavassa terveydenhuollon yksikössä häntä hoitavan lääkärin tai muun laillistetun terveydenhuollon ammattihenkilön, esimerkiksi sairaanhoitajan tai terveydenhoitajan, niissä rajoissa kuin terveydenhuollon yksikön tarkoituksenmukainen toiminta sallii valinnan. Potilaan jatkoahoito on toteutettava siten, että hänet ohjataan aiemmin hoitaneen lääkärin hoitoon aina, kun se on hoidon asianmukaisen järjestämisen kannalta mahdollista. (Valvira, 2018.) Potilaan kiinnittyminen jatkoahoitoon voi olla heikkoa, jos hän kokee, ettei ole tullut kuulluksi, ymmärretyksi ja autetuksi tai hän ei ole mieltänyt ongelmiaan elämäänsä haittaaviksi tekijöiksi (Holmberg 2008, 16–17).

Psykiatrian vuodeosastojen jälkipoliklinikkatoiminta tarjoaa jatkoahoitoa eri potilasryhmille. Varsinkin potilaille, jotka eivät ole sitoutuneet jatkoahoitoon perusterveydenhuollossa tai psykiatrian avohoitoyksiköissä tai eivät ole sitoutuneet tarpeenmukaiseen lääkehoitoon. Jälkipoliklinikkatoiminta auttaa potilasta selviytymään kotona ja avohoidossa. Hyvä yhteistyö muiden potilaan hoitoon osallistuvien yhteistyötahojen kanssa auttaa potilasta selviytymään avohoidossa. Toisaalta taas puute yhteistyön koordinoinnissa ja epäselvä työnjako vaikeuttaa potilaan hoitoa. (Hautala-Jylhä 2007,4.)

Vältettävissä olevien psykiatrinen sairaalahoitojaksojen vähentämisen pitää sisältyä kansallisiin terveydenhuollon tavoitteisiin. Samalla resursseja tulee entistä selkeämmin kohdentaa avoterveydenhuollon palvelujen kehittämiseen. (Wahlbeck ym. 2017.)

3.3 Hoitokäytänteet psykiatrisessa hoidossa

Hoidon suunnittelu tapahtuu tunnettujen hyvien hoitokäytänteiden ja mahdolliseen näyttöön pohjautuvaan tietoon (Stm Mielenterveyspalveluiden laatusuositus 2001, 23). Laadittu hoitosuunnitelma on toimivan ja pitkäjänteisen hyvän hoitosuhteen perusta (Moring ym. 2013, 132). Kirjallinen hoito- ja kuntoutussuunnitelma tulee kirjata potilasasiakirjoihin (Stm Mielenterveyspalveluiden laatusuositus 2001, 21). Viranomaisten sitoutuminen suunnitelmaan on hyvin tärkeää ja hoitoon osallistuvien palveluntuottajien tulee sopia suunnitelmasta yhdessä (Mielenterveyspalveluiden laatusuositus 2009, 23).

Yhteistyö on psykiatriassa tavoitteellinen ja aktiivinen prosessi, joka syntyy toiveesta tai tarpeesta luoda jotain uutta tai ratkaisua johonkin ongelmaan. Yhteistyöhön kuuluu tyypillisesti päätöksentekoa toisistaan riippuvaisten osapuolten kesken, sisältäen päätösten yhteistä omistajuutta ja yhteistä vastuuta yhteistyön tuloksista. (Aira 2012, 19.) Hyvä yhteistyö muiden potilaan hoitoon osallistuvien yhteistyötahojen kanssa auttoi potilasta selviytymään avohoidossa. Toisaalta taas puute yhteistyön koordinoinnissa ja epäselvä työnjako vaikeuttivat potilaan hoitoa. (Hautala-Jylhä 2007, 80.) Yhteistyötä määritellään myös eri lakiasetuksissa. Mielenterveyslaissa että terveydenhuoltolaissa on säädetty selvä yhteistyövelvoite kunnan kansanterveystyön ja sosiaalihuollon välille: mielenterveystyön tulee muodostaa toiminnallinen kokonaisuus kunnan sosiaali- ja terveydenhuollossa. (Mielenterveyslaki 1066/2009,5§.)

Potilaan hoitoon osallistumismotivaatiota lisäävä seikka oli mielenterveyspalveluiden kautta saadut ihmissuhteet, jotka aikaisemmissakin tutkimuksissa ovat osoittautuneet tärkeäksi motivaation lähteeksi (Hagerty & Williams 1999, Hietala ym. 2000).

3.4 Psykiatrinen lainsäädäntö

Psykiatrasta hoitoa ohjaavat erilaiset lait ja määräykset. Hoitavan henkilökunnan tulee olla tietoisia eri lakiasetuksista ja mitkä säätelevät potilaan oikeuksia. Itsemääräämisoikeus. (Suomen perustuslaki 7.§ 1 mom.) on kirjattu Suomen perustuslakiin ihmisen ”perusoikeudeksi” kuten myös välttämätön huolenpito (Suomen perustuslaki 19. §). Tarvittaessa voidaan eduskunnan perustuslakivaliokunnan mukaan turvata potilaan itsemääräämisoikeutta rajoittamalla, kun kyse on vakavasta mielenterveyden häiriöstä (Ojanen ym. 2013, 855).

Mielenterveystyön yleinen suunnittelu, ohjaus ja valvonta kuuluu sosiaali- ja terveysministeriölle. Aluehallintovirastolle kuuluu mielenterveystyön suunnittelu, ohjaus ja valvonta toimialueellaan. Kunnan tulee huolehtia alueellaan tässä laissa tarkoitettujen mielenterveyspalvelujen järjestämisestä siten kuin terveydenhuoltolaissa (1326/2010) säädetään ja osana sosiaalihuoltoa siten kuin sosiaalihuoltolaissa (1301/2014) säädetään. (30.12.2014/1310). Erikoissairaanhoitolaissa (1062/1989) tarkoitetun sairaanhoitopiirin kuntayhtymän tulee huolehtia erikoissairaanhoitona annettavista mielenterveyspalveluista alueellaan siten kuin terveydenhuoltolaissa säädetään. (Finlex 1990/1116 mielenterveyslaki, 2018.)

Mielenterveyspalvelut on ensisijaisesti järjestettävä avopalveluina sekä niin, että oma-aloitteista hoitoon ohjausta ja itsenäistä suoriutumista tuetaan. Mielenterveyspalvelujen järjestämisessä on sairaanhoitopiirin kuntayhtymän ja sen alueella toimivien terveyskeskusten yhdessä kunnallisen sosiaalihuollon ja erityispalveluja antavien kuntayhtymien kanssa huolehdittava siitä, että mielenterveyspalveluista muodostuu toiminnallinen kokonaisuus. Mielenterveyshäiriötä potevalle henkilölle on riittävän hoidon ja palvelujen ohella yhteistyössä asianomaisen kunnan sosiaalitoimen kanssa järjestettävä mahdollisuus potilaan tarvitsemaa lääkinnällisen tai sosiaalisen kuntoutukseen liittyvää tuki- ja palveluasumiseen siten kuin siitä on säädetty. Potilas voidaan määrätä tahdostaan riippumatta psykiatriseen sairaalahoitoon, tietyin ehdoin. Tahdosta riippumattoman tutkimuksen yhteydessä on selvitettävä, onko potilaan kotikunnan käytettävissä muita potilaan hoidon tarve huomioon ottaen sopivia ja riittäviä palveluja, ellei ole ilmeistä, että muut palvelut eivät sovellu käytettäväksi tai ovat riittämättömiä. (Finlex 1990/1116. Mielenterveyslaki, 2018.)

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (17.8.1992/785) määrittelee myös potilaan hoitoa. Jokaisella Suomessa pysyvästi asuvalla henkilöllä on oikeus terveydentilansa edellyttämään terveyden- ja sairaanhoitoon, jotka kulloinkin ovat terveydenhuollon käytettävissä. Potilaalle on ilmoitettava hoitoon pääsyn ajankohta, jos ilmoitettu ajankohta muuttuu, on uusi ajankohta ja muutoksen syy ilmoitettava potilaalle välittömästi. Potilasta on hoidettava yhteisymmärryksessä hänen kanssaan. Mikäli potilas kieltäytyy tietystä hoidosta tai hoitotoimenpiteestä, häntä on mahdollisuuksien mukaan hoidettava yhteisymmärryksessä hänen kanssaan muulla lääketieteellisesti hyväksyttävällä tavalla. (Finlex 17.8.1992/785 laki potilaan asemasta ja oikeuksista, 2018.)

4 KEHITTÄMISPROJEKTIN TOTEUTTAMINEN

4.1 Kehittämiprojektin toteutus

Kartoitin jatkohoitoyksiköistä tapaa hoitaa potilaita, jatkohoitoyksiköiden kykyyn vastata lääkehoidosta, henkilökunnan koulutustarpeista sekä syitä potilaiden uudelleen palautumiseen sairaalaan. Tein käynnit palvelukoti Männikköön, Lohjan asumiskoordinaattorille, Lohjan kaupungin psykiatrisille sairaanhoitajille, Lohjan kaupungin päihdeklinalle, Hiidenpeltoon, Karviaisten (Vihdin ja Karkkilan alue) esimiehille sekä Paloniemen sairaalan osastojen osastohoitajan luo. Esille nousi potilaan kotiutumiseen/jatkohoitoon liittyviä asioita kuten yhteistyön kehittäminen avohoidon ja sairaalaosaston välillä.

Projektille oli asetettu aikaa neljä tuntia viikossa 6 kuukauden ajan, aikavälille 24.10.2016–23.4.2017. Alussa projektiaika meni päällekkäin aikaisempien sovittujen potilas tapaamisten kanssa, mutta listasuunnittelussa jäi myös tunteja suunnittelematta. Projekti tunteja toteutui käytännössä 52 tuntia, 108 tunnin sijaan. Projektipäivät kuluivat tapaamisiin eri jatkohoitopaikoissa, joista potilaat palautuivat sairaalaan. Laadin jokaisesta tapaamisesta kirjallisen raportin.

4.2 Kehittämiprojektissa käytetyt menetelmät

Käytin kehittämishankkeessani Benchmarking-menetelmää, käydessäni jatkohoitoyksiköissä tapaamisissa. Benchmarking käyntien apuna käytin teemahaastattelu kysymyksiä.

Benchmarking

Keräsin aluksi kehittämishankkeessani tietoa Benchmarking-menetelmällä eri jatkohoidon yksiköistä. Tätä käytin alkukartoituksessa tiedonkeruumenetelmänä. Benchmarking kohteet valikoituivat sairaalaan palaavien potilaiden hoitopaikkojen sekä johtoryhmän suositusten mukaan. Benchmarking on systemaattinen menetelmä. Benchmarking tähtää tiedon keruuseen, vertailuun ja oman toiminnan parantamiseen. (Hotanen ym. 2001, 6.) Benchmarkingin tarkoituksena on tiedon keruun lisäksi mahdollisesti tuottaa uutta tietoa toiminnan kehittämisen tueksi (Ojasalo ym. 2009, 52 - 53).

Benchmarking vaatii onnistuakseen hyvän pohjustustyön. Aluksi identifioidaan kehittämistä kaipaava kohde, sitten etsitään kehittämiskohteelle vertailukumppanit (esim. organisaatiot, joilla kehittämisen kohteena oleva asia onnistuu paremmin). Näiden vaiheiden jälkeen kerätään systemaattisesti tietoa, kuinka vertailukumppanit onnistuvat kyseisessä tehtävässä paremmin. Tiedonkeruussa kannattaa käyttää apuna monenlaisia tiedonhankinnan menetelmiä monista eri lähteistä, kuten internetistä ja tekemällä tutustumiskäyntejä. (Ojasalo ym. 2015.)

Benchmarking eli vertailuoppimisessa pyritään myös pääsemään hyvään dialogiin esikuvaorganisaation kanssa. Dialogin tarkoituksena on ottaa oppia yrityksen hiljaisesta tiedosta ja tarkastella toimintaa etäältä sekä uudistaa malleja. Vertailuoppimisessa korostetaan oppimista ja ymmärtämistä. Vertailuoppiminen keskittyy yhteen tai muutamaankin kohteeseen, mitä halutaan vertailla. (Karlöf ym. 2003, 103). Vertailuoppimisen ensimmäinen vaihe on valmistella organisaatio tulevaa vertailuoppimisprosessia varten ja määrittää kehittämisalue. Kehittämisalue tulee valita huolella. Johdolla voi olla harkittavana monia eri mahdollisia vaihtoehtoja. Projektille tulee saada laaja hyväksyntä organisaatiolta ja ihmisten tulee sitoutua siihen. Toisena vaiheena tulee tehokkaan oppimistietien perustaminen. Tässä valitaan jokaiselle rooli sekä menetelmät millä projekti jatkuu. Kolmantena vaiheena on nykytilan analysointi. Vertailusta ei ole apua, jos ei valittua kehittämisaluetta ole tutkittu ja analysoitu huolella. Neljäntenä vaiheena tulee esikuvaorganisaatiolta oppiminen. Vertailuoppimisessa oppiminen tapahtuu dialogissa, eikä kysymyksien kautta, mikä rohkaisee molempia vastapuolia oppimaan. Tässä vaiheessa on tärkeää päättää, keneltä halutaan oppia. (Karlöf ym. 2003, 133-167.)

Viidentenä vertaisoppimisen vaiheena tulee uusien ratkaisujen kehittäminen. Tässä vaiheessa verrataan kumppanin toimintaa omaan toimintaan. Tärkeintä on ymmärtää tekijät miksi ja miten kumppani on tehnyt, jotta menestyy paremmin. Kuudentena vaiheena on parannusten toteuttaminen. Vertailuoppimisen tulokset ovat usein laajoja johon ei usein projektitiimin valtuudet riitä. Ratkaisujen toteuttamiseen voi mennä pitkään, jos niitä toteutetaan. Lopuksi on tiedottaminen tärkeää johdolle sekä muille asianomaisille. Seitsemäntenä vaiheena on seuranta ja uudet hankkeet. Tämä vaihe kattaa usein seurannan, arvioinnin, keskustelun sekä uusien hankkeiden suunnittelun. (Karlöf ym. 2003, 168-191.)

Teemahaastattelu

Benchmarking käyntien pohjalla käytin teemahaastattelua. Teemahaastattelu on puolistrukturoitu haastattelumenetelmä, jossa edetään etukäteen valittujen aiheiden mukaisesti (Rovio 2006, 110). Teemahaastattelussa ei edetä tiukan struktuurin mukaan, vaan haastattelijalla pitää haastattelun aikana huolta, että kaikki teemat tulevat käsitellyiksi. Teemahaastattelu sopii haastattelumenetelmäksi silloin, kun kyseessä on ilmiö, josta ei ennalta vielä tiedetä kovin paljoa. (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006b.) Teemahaastattelun valintaa haastattelumenetelmäksi tukee myös, että haastateltaviksi valituilta henkilöiltä uskotaan saatavan rikasta ja perusteellista aineistoa tutkittavasta ilmiöstä (Koshy ym. 2011, 109).

Tässä kehittämisprojektissa haastattelumenetelmänä benchmarking käynneillä käytettiin teemahaastattelua. Toteutin teemahaastattelut palvelukoti Männikköön, Lohjan asu-
miskoordinaattorille, Lohjan kaupungin psykiatrisille sairaanhoitajille, Lohjan kaupungin päihdeklinalle, Hiidenpeltoon, Karviaisten (Vihdin ja Karkkilan alue) esimiehille sekä Paloniemen sairaalan osastojen osastohoitajan luo.

Haastattelin kunkin yksikön omassa toimipaikassaan. Jokaisessa yksikössä oli 1- 12 henkilöä mukana tapaamisessa ja haastattelut kestivät noin 1,5-2 tuntia. Haastateltavia oli yhteensä 30 henkilöä. Teemakysymykset olivat päätetty etukäteen johtavan lääkärin toimesta, kysymykset ohjasivat haastatteluja. Haastattelin teemahaastattelurungon (Liite 2. Teemahaastattelurunko) mukaan. Kaikille haastateltaville esitettiin samat kysymykset, mutta kysymysten järjestys vaihteli. Kysymyksiin palattiin tarpeen mukaan. Haastatteluilla oli tarkoitus kerätä tietoa siitä, mitä syitä nähtiin suunnittelemattomien potilaiden sairaalahoidoille, lääkehoidon toteutumisesta sekä koulutustarpeista. Haastatteluiden yhteydessä nousi esille myös muita asioita, jotka liittyvät psykiatrisen potilaan hoitoon Paloniemen sairaalassa.

Keskustelu oli eri yksiköissä vaihtelevan vilkasta. Usein esiintyi kankeutta, joka väistyi haastattelun edetessä. Haastatteluissa ei esiintynyt häiriötekijöitä, yhtä puhelimen soimista lukuun ottamatta ja yhden henkilön poistumista hetkeksi kesken haastattelun.

Haastattelijalla oli melko kokematon ryhmähaastattelussa ja välillä oli vaikeaa rajata aihetta. Teemahaastattelussa on tarkoitus edetä teemojen mukaan, tosin tiukka rajaaminen olisi voinut jättää jotakin tärkeää tietoa pois. Aikatauluissa pysyminen onnistui hyvin ja aikaa oli varattu riittävästi.

4.3 Aineiston analyysi

Kun tutkimusaineisto käydään läpi, valitaan kiinnostukseen sisältyvät asiat ja erotetaan ne aineistosta. Vasta tämän jälkeen voidaan teemoitella. Mitä kustakin teemasta on sanottu, painottuu teemoittelussa, haetaanko erilaisuutta vai samanlaisuutta aineistosta. (Tuomi ja Sarajärvi 2002, 95.) Teemahaastattelussa haastattelun aihepiirit eli teemat ovat tiedossa, käsittelyjärjestyksellä ei ole merkitystä (Vilkkä 2005, 101–102). Haastattelut voidaan luokitella osallistuvien ihmisten lukumäärän mukaan, voidaan puhua yksilöhaastattelusta tai ryhmähaastattelusta. Yksilöhaastattelu soveltuu esimerkiksi henkilön omakohtaisten kokemusten tutkimiseen ja ryhmähaastattelu puolestaan yhteisön käsitysten tutkimiseen. Aloitteleva tutkija saattaa kamppailla avainteemojen määrän ja luonteen kanssa, mitä avoimemmasta haastattelusta on kyse, sitä aktiivisemmaksi haastattelijan rooli muodostuu. Haastateltavien valinta on onnistunut, kun ei tarvitse olla huolissaan teemojen riittävydestä. (Juvakka – Kylmälä 2007, 78-80.)

Aineiston analyysimenetelmänä käytin teemoittelua. Kuten Hirsjärvi ja Hurme (2011,173) teoksessaan kertovat, teemoittelulla tarkoitetaan aineistosta nousevia piirteitä, jotka ovat yhteisiä useille haastateltavista tai esiintyvät haastatteluissa usein. Teemoittaminen on yksi kvalitatiivisia analyysitapoja. Teemoista pyritään keskustelemaan laajasti, joten teemahaastattelussa ei käytetä pikku tarkkoja kysymyksiä. Teemahaastattelu sopii ilmiöille ja asioille, joita ei tunneta vielä kovin hyvin. (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006, 55.)

Hirsjärvi ja Hurme (2011,173) kertovat teoksessaan teemoittamisen tarkoitusta. Aineistosta nousee esiin sellaisia asioita, jotka ovat yhteisiä usealle kohderyhmän jäsenelle. Niitä tarkastellaan analyysivaiheessa. Lähtökohtateemojen ainakin tulisi nousta esiin, sen lisäksi, että paljastuu useita muita mielenkiintoisia teemoja. Ne teemat, jotka on nostettu esiin analyysistä, pohjautuvat haastateltavien vastauksien sanomista, tutkijan tulkitsemana. Eri haastateltavat kertovat samasta asiasta ilman, että todennäköisesti kertovat siitä täysin samoilla sanoilla.

Haastattelin seitsemän eri yksikköä ja tein muistion jokaisesta tapaamisesta, syntyi 12 sivua tekstiä. Tapaamiset olivat haastatteluja ja muodostui keskustelutyypiksi, joten nauhoitusta en tehnyt. Haastatteluiden aikana teemoihin palattiin takaisin, mikäli siihen oli tarvetta. Luokittelin eri kysymykset omaan teemaansa ja kysymysten sisällä vielä

omiin aihealueisiin. Esiin nousi uutta tietoa haastatteluiden pohjalta kuten sairaalaan toimintaan liittyen. Paljon oli samantyyppisiä vastauksia eri yksiköillä.

Eettisyys ja luotettavuus

Tutkimuksen tarkoituksena on tuottaa luotettavaa tietoa. Tutkimuksen selvittelyssä tarkastellaan sitä, kuinka totuudenmukaista tietoa on pystytty tuottamaan. (Kylmä –Juvakka 2007, 127.) Jokainen laadullisella tutkimusmenetelmällä tehty tutkimus on kokonaisuutena erilainen, tutkijat voivat päätyä eri tuloksiin luokitellessaan ja tulkitessaan tutkimusaineistoa, vaikka luokittelu- ja tulkintasäännöt esitettäisiin yksityiskohtaisesti. Syynä tähän olisi, että kaikilla tutkijoilla ei ehkä ole samaa teoreettista perehtyneisyyttä, tutkittavaan aiheeseen kuin tutkimuksen tekijällä. (Eskola & Suoranta 2000, 216; Hirsjärvi & Hurme 2011, 189.) Tuomi ja Sarajärvi (2002, 133) toteavat, että luotettavuutta arvioi-
dessa pitäisi ottaa huomioon kuitenkin puolueettomuusnäkökulma. Tutkimuksen tulee olla rehellistä ja avointa tehtiin sitä tiedeyhteisössä tai ammatillisessa kentässä.

Itse olen työskennellyt psykiatrisella osastolla vuosia ja toiminut eri avohoidon yksiköissä. Koen kokemuspohjan olleen tässä eduksi, kokemus on lisännyt laadullisen aineiston luotettavuutta. Ongelmana oli aikaisemman teorian tiedon käyttö ja sen vertaaminen, sillä aikaisempaa tietoa oli aiheesta todella vähän. Eskola ja Suoranta (2000, 240–241) esittävätkin, että laadullisessa työssä tulisi puhua vuoropuhelua tulosten ja teorian kanssa.

5 KEHITTÄMISPROJEKTIN TULOKSET

5.1 Kehittämiprojektin lähtötilanne

Lohjan psykiatrian tulosyksikössä 14 % potilaista palaa uudelleen psykiatriseen sairaalaan 30 vuorokauden sisällä. Porvoon psykiatrian tulosyksikössä palaa 10 % potilaista hoitoon ja vastaavasti Hyvinkään tulosyksikössä 19 %. Aikamittausväli oli 1.1.2015-31.8.2016. Lohjan psykiatrian tulosyksikössä oli yhteensä 436 eri potilasta jotka palautuivat hoitoon tällä ajanjaksolla. Alle 3 kuukauden aikana potilaista palasi hoitoon 25 %. Hoitojaksoja oli yhteensä 3-16 kpl ja 83 eri potilaalla. Eniten sairaalaan toistuvasti palavia potilaita oli psykiatrian poliklinikoilta.

Suomessa psykiatriseen sairaalahoitoon palaa 30 vuorokauden sisällä 10 % potilaista, mikä on keskitasoa suhteessa muihin CEPHOS LINK-tutkimuksessa mukana oleviin maihin (Italia, Itävalta, Norja, Romania ja Slovenia). Takaisinpaluun määrä vaihtelee suuresti myös Suomen sisällä, kun vertaillaan esimerkiksi eri sairaanhoitopiirejä. Koko maan keskiarvo vuoden takaisinpaluussa on 40 %, takaisin palaavien osuus vaihtelee sairaan hoitopiireittäin Kymenlaakson 28 %:sta Länsi-Pohjan 54%:iin. (Wahlbeck ym. 2017.)

5.2 Kehittämiprojektin jatkohoitokohteet

Villa Future

Tapaamisessa oli toimitusjohtaja ja vastaava sairaanhoitaja. Tämä hoitoyksikkö ei ollut suunnittele mattomien sairaalaan palautuvien potilaiden listalla, mutta potilaat käyttävät paljon palveluita ja on yksi Lohjan asumispalveluyksikkö. Haastateltavat kertoivat heidän profiiliin muuttuneen viime aikoina. Heillä on enemmän kuntouttavaa mielenterveys-, sekä kehitysvammaispuolta ja vain muutamia jälkihuollon asukkaita. Hoitoyksikkö tekee paljon kuntouttavaa työtä potilaiden kanssa ja heillä on tarjolla erilaisia paketteja asukkaille mitkä sisältävät erilaisia palveluja. Tarjoavat asiakkailleen erilaista päivätoimintaa kuten esimerkiksi ruoan laittoa, siivousta, pihatöitä. Hoitoyksikkö ottaa terveyskeskuksesta lääkäripalvelut sekä tarvittaessa mahdolliset injektiot. Lääkkeet jaetaan asukkaille valvotusti.

Karviainen (Vihti – Karkkila psykiatrinen avohoito -yksikkö)

Tapaamisessa oli mukana Mielenterveys- ja päihdepalvelujen esimies, asumispalvelujen lähiesimies, avopalvelujen lähiesimies sekä osastonhoitaja akuutti poliklinikalta.

Kotiin vietävää palvelua on kehitteillä Vihti-Karkkila – akselilla, joka sisältäisi lääkehoitoa ja sosiaalista kuntoutusta kroonisille potilaille. Kotiin vietävä palvelu – kokonaisuus toimisi nimellä asumisohjaus. Esimiehet toivat esiin tarvetta konsultaatiokäynneille, suuri tarve olisi etenkin vanhusten psykiatrian kohdalla, josta Karviaiselta puuttuu oma osaaminen.

Vihdissä Karviainen järjestää päivätoimintaa asiakkailleen sekä asumispalvelua. Tämän jälkeen itsenäinen asuminen on mahdollista omassa asunnossa, kotiin vietävän hoidon turvin. On saatavilla myös intervaleja, jolloin potilaat menevät sovituin väliajoin laitoshoitoon. Palvelut on rakennettu ikäryhmittäin.

Lohjan asumispalvelut

Tapaamisessa olivat mukana asumispalvelujen sosiaalityöntekijä ja osastonhoitaja akuutti poliklinikalta.

Asumiskoordinaattori järjestää potilaille jatkohoitoa eri yksiköihin. Tehostettua hoitoa (öisin hoitaja) on saatavilla Raaseporin hoivayksiköstä ja Hiidenpellostä. Palveluasumista (ei yöhoitajaa) on saatavilla Hannun harjusta, Katrinbergistä, Kyöpelistä, Kukkolasta ja Metsolasta.

Keskustelussa nousi esille kysymys, että onko potilaan kotiutumisprosessi kartoitettu riittävän hyvin, kun potilas siirtyy kotiin tai jatkohoitoon. Jatkohoitoyksiköt kokevat, että yhteistyötä osastolta kotiinpäin tulisi olla enemmän. Toiveena olisi hallitut ennalta sovitut siirrot nopeiden kotiutuksien sijaan.

Lohjan terveyskeskus; psykiatriset sairaanhoitajat

Tapaamisessa oli mukana kaupungin kolme psykiatrasta sairaanhoitajaa, yksi nuorten ja yksi vanhusten psykiatrinen sairaanhoitaja sekä osan aikaa heidän osastonhoitaja. Hoitoajat Lohjan Kaupungin terveyskeskuksen psykiatrisilla sairaanhoitajilla ovat lyhyitä. Pääsääntöisesti hoitokertoja on 1 - 5, mutta Interpersoonaterapia-potilaita on lupa tavata 10 – 12 kertaa. Nuorten tapaamiset ovat 1 - 15 kertaa. Vanhuksilla on myös oma psykiatrinen sairaanhoitaja. Potilaat ovat pääosin työssä käyviä sekä opiskelijoita. Potilaita

tulee myös terveystarkastuksista, jotka ovat suunnattu työttömille sekä omaishoitajille. Paljon on ensikertalaisia psykiatrian kontakteja. Vastaanotolla käy myös haasteellisia syrjäytyneitä potilasryhmiä, joita ovat mm. nuoret välinputoajat, työttömät ja varsinkin henkilöt, joilla työt ovat loppuneet ja eläkeikä on lähellä. Lisäksi vastaanotolla käyvät päihteidenkäyttäjät, joille psykiatriset sairaanhoitajat toivoisivat erilaista tukevaa toimintaa.

Lohjan kaupungin psykiatriset sairaanhoitajat eivät koe, että heiltä ohjautuu potilaita erikoissairaanhoidon piiriin toistuvasti ja suunnittelemattomasti. Läheteiden määrä on kasvanut luultavammin erikoissairaanhoidon. Syyksi sairaanhoitajat epäilevät uusia terveyskeskuslääkäreitä, jotka eivät välttämättä tiedä hoitokäytänteitä. Lääkärit saattavat lähettää helpommin potilaita erikoissairaanhoidon tietämättä, että perusterveydenhuollossa on psykiatrasta osaamista.

Perusterveydenhuollossa psykiatria on saanut oman vastuulääkärin syksystä, jonka myötä on helpompi saada aikoja lääkärille psykiatrisissa asioissa. Yhteistyö on muovautumassa ja toiminta kehittymässä. Psykiatriset sairaanhoitajat ovat jakaneet vastuualueittain potilaat, eri kaupunginosien mukaan.

Terveyskeskuksessa psykiatriset sairaanhoitajat eivät pistä injektioita vaan sen tekevät somatiikan sairaanhoitajat. He kyselevät potilailta pistostilanteissa "kuulumisia" voinnin seuraamiseksi. Somatiikan hoitajilla ei ole psykiatrasta osaamista. Psykiatriset sairaanhoitajat kaipaavat koulutusta interpersoonaterapiasta (IPT), persoonallisuushäiriöistä, masennuksesta, ahdistuksesta. Esille tuli myös työnohjaukset ja niiden saatavuus.

Esille nousi myös yhteispäivystysasiat sekä sairaalan uudisrakennus. Terveyskeskuksessa on alkanut hanke, jossa on tarkoitus rakentaa unettomuuden hoitopolku. Kevään aikana luodaan käytäntöjä ja on tarkoitus juurruttaa käytäntöön uusi unettomuuden hoitopolku. Hankkeessa ovat mukana mm. Järvenpää, Kerava, Lohja. Hus:a on myös mukana hoitajia.

Kotikäynnit kuuluvat lähinnä vanhuksille. Muutamia yksittäisiä käyntejä on pienten lasten vanhemmille tai yksittäisiä kriisikäyntejä. Vanhuspsykiatrisella sairaanhoitajalla on paljon yhteistyötä kotihoidon kanssa.

Männikkö asumispalveluyksikkö

Tapaamisessa mukana vastaava hoitaja. Männikössä on tukiasuntoja päihteettömille mielenterveysasukkaille ja heillä on myös satelliittiasiakkaita. Hoitajat käyvät potilaan kotona erilaisista syistä esimerkiksi lääkehoitoa toteuttamassa. Satelliittiasiakkaille on mahdollisuus käydä saunassa Männikössä hygieniasta huolehtimiseksi. Tilaa olisi myös uusille satelliittiasiakkaille. Potilaalle käynnit ovat ilmaisia. Tällä hetkellä asiakkaat ovat Virkkalasta tai lähiympäristöstä. Männikössä on hoitaja paikalla klo 7-21, yöllä ei ole hoitajaa paikalla. Männikössä työskentelee kaksi sairaanhoitajaa sekä kolme lähihoitajaa. Asumispalveluyksikössä järjestetään myös potilaille päivätoimintaa ja maanantaisin potilaita käy kotoa käsin Männikön päivätoiminnassa. Päivätoiminta on kerhomaista. Potilaat syövät lounasta, saavat päiväkahvit ja lisäksi tarjolla on muita virikkeitä. Leponex seuranta potilaita on hoidossa. Terveyskeskuksesta lääkäri käy kerran 6 kuukauden aikana.

Palveluyksikössä toivotaan koulutusta liittyen ryhmäohjaustaitoihin sekä terapeuttisen yhteisön asioihin.

Hiidenpelto

Tapaamiseen osallistui neljä sairaanhoitajaa. Hiidenpelto on toiminut vuodesta 1998. Tarjoavat palveluita tällä hetkellä 12–13 eri kunnalle (esimerkiksi Lohja, Karviainen, Espoo, Vantaa, Tuusula, Järvenpää). Yhteistyötä on eri sairaaloiden kanssa (Paloniemi, Jorvi, Kellokoski, psykiatria keskus).

Oikealla hoitopaikalla on tärkeä vaikutus potilaan pärjäämiselle. Esimerkiksi yhdellä potilaalla oli useita hoitajaksoja sairaalassa, kunnes vaihtoivat yksikköä Hiidenpellossa, jonka myötä potilas on kokenut olonsa turvallisemmaksi, eikä sairaalahoidon ole enää tarvittu. Potilaiden säännölliset lääkkeet ovat hoitajien takana, myös tarvittaessa käytettävät lääkkeet. Injektioita annetaan Hiidenpellossa. Mikäli potilas ei ole syönyt lääkkeitä kotona tullessaan Hiidenpeltoon jatkohoitoon voi potilas joutua aluksi toistuviin sairaalahoitajaksoihin.

Hiidenpellossa kaivataan toiminnan kehittämiseen matalan kynnyksen vapaa-ajan toimintaa. Miinuksena näkevät vanhojen päivätoimintakeskusten lopettaminen sekä "Ahdin verstaan" toiminnan loppumisen. Hiidenpellossa järjestetään päivätoimintaa sekä ahkeruustöitä. He kokevat myös päihdetaustaisten potilaiden saavan heikosti tukea laitospalveluista.

hoidon jälkeen. Potilaat ovat usein myös yksinäisiä. Omaan asumisympäristöön siirtyminen olisi hyvä tapahtua vähitellen. Potilaita, jotka eivät hallitse ATK-järjestelmiä on myös paljon, joten asioiden hoito haastavaa. Palveluohjaus olisi tärkeää.

Lohja päihdekliniikka

Kävin tapaamassa päihdekliniikan työryhmää, jossa oli 12 henkilöä. Mukana oli moniammatillinen tiimi (sosiaalityöntekijä, päihdeohjaaja, sairaanhoitaja, osastonhoitaja).

Päihdepotilaat usein hakeutuvat terveyskeskuksen kautta hoitoon, koska päihdekliniikalla on vain päivä/ viikossa lääkäri paikalla ja tämä tuotetaan ostopalveluna. Katkaisuhoido ei pysty vastaamaan potilaan tarpeisiin, mikäli on psyykkisiä ongelmia esimerkiksi itsetuhoisia-ajatuksia. Ridasjärvi toimii katkaisuhoitopaikkana. Potilaat usein menevät myös Paloniemeen, jos eivät saa paikkaa nopeasti katkaisuhoidosta. Psyykkinen kunto voi olla huono. Sairaalahoitoon voi olla syynä myös rahattomuus tai lääkkeet ovat loppu, eikä saa reseptiltä enää lääkkeitä. Sairaalahoitoon hakeutuu usein moniongelmaiset, epävakaut, vaikeasti autettavat potilaat.

Potilaat tulisi kiinnittää hyvin hoitoon päihdekliniikalle jo sairaalahoidosta esim. saattaen. Usein jää aikoja käyttämättä ja potilas ei sitoudu hoitoon, mikäli annetaan vaan aika päihdekliniikalle. Potilaan olisi hyvä käydä sairaalasta käsin ainakin kerran päihdekliniikalla. Mikäli potilas on sairaalahoidossa, tulee sairaalasta usein pyyntö nopeaan päihdekuntoutukseen. Päihdekliniikka itse arvioi päihdekuntoutuksen tarpeen. Asunnottomuus ei ole syy päihdekuntoutukseen.

Esille nousi kysymys, miten potilaat pääsevät psykiatrian poliklinikan ryhmiin. Esitteitä lähetetään potilaille ja ovat niihin perehtyneet. Esille nousseita koulutustoiveita olivat: kaksoisdiagnoosi koulutusta, päihdekoulutusta, psykiatrisista sairauksista. Kehittämissideana tuo-tiin esille: kaksoisdiagnoosi ryhmä yhteisvetoisesti esimerkiksi psykiatrian poliklinikan kanssa. Kotikäyntipari voisi löytyä päihdekliniikalta, koska päihdeohjaajat tekevät kotikäyntejä potilaiden koteihin. Skitsofreniaa sairastavia on paljon yhdessä päihdeongelman kanssa. Hoitokontakti on usein psykiatrian piirissä. Yhteisöhoito kannattelee potilasta paremmin.

Sairaalan osastonhoitaja

Osastoon saapuvat potilaat toisinaan hyvin herkästi. Lääkärikohtaisia eroja on miten potilaat saapuvat osastolle. Osastohoidot vaatisivat jämäkkyyttä hoitosuunnitelmassa

sekä etenemistä suunnitelman mukaan. Hoidetaan potilas kunnolla ja avohoito tiiviisti mukaan potilaan kotiutumiseen. Hoitajat hoitavat eri tavalla potilaita. Voisi yhtenäistää hoitolinjauksia ja koulutuksia voisi järjestää enemmän.

Sosiaalityöntekijään tulisi ottaa yhteys, mikäli potilaalla hoitoja toistuvasti. Akuuttipoliklinikka ei ota kaikkia potilaita, jos potilaalla on pidempi hoito avopuolella tulossa. Hoidon mittaaminen on heikkoa. Voisiko hoitoprosessia tiivistää. Mitä sairaalahoito tulisi pitää sisällään, jotta avohoito kantaisi? Napakkaa, toimivaa, tehokasta hoitoa tulisi tarjota.

5.3 Käynneistä esille nousevat asiat

Jatkohoitoyksiköiden tapa hoitaa potilaita

Jatkohoitokohteet olivat avohoitopisteitä sekä ympärivuorokautista hoitoa tarjoavia yksiköitä. Avohoito kohteissa hoito oli poliklinikka tyyppistä, johon potilas meni sovitulla ajalla tapaamiseen joko hoitajan, lääkärin tai erityistyöntekijän vastaanotolle. Tapaamisten sisältö riippui työntekijästä. Joistakin yksiköistä löytyi yhdistettyä palvelua, jossa oli päiväpotilas tyyppistä palvelua saatavilla ympärivuorokautisen hoidon lisäksi. Päiväpotilaille oli luotu päivärutiinit eri ryhmätoiminnan ympärille. Saatavilla oli myös erillinen lääkehoito palvelu sekä peseytymismahdollisuus.

Ympärivuorokautista hoitoa olevissa yksiköissä oli myös muodostettu rutiinit arjen toiminnolle. Erilaisiin ryhmiin oli mahdollisuus osallistua kuten toiminnallisiin ryhmiin ja ulkoiluun. Rutiinit ja vuorokausirytmien tukeminen nähtiin tärkeäksi. Lääkehoito koettiin tärkeäksi toteuttaa joka yksikössä.

Jokainen hoitoyksikkö näki tärkeäksi yhteistyön eri yhteistyökumppaneiden kanssa. Eri-laisia kokemuksia oli yhteistyön toteutumisesta. Yhteistyö koettiin toimivan moitteettomasti sairaalan kanssa. Sairaalan henkilökunta on tullut tutuksi vuosien varrella eri verkostojen kanssa. Osastoilta toivotaan yhteydenottoa, kun potilas menee sairaalaan. Potilas on voinut omin päin hakeutua sairaalaan henkilökunnan tietämättä.

Paloniemen sairaalasta tulee hyvät esitiedot usein potilaan siirtyessä jatkohoitoon. Saira-alasta uloskirjoitetaan usein potilas liian varhaisessa vaiheessa eikä tästä uloskirjoituksesta ole informoitu jatkohoitotahoa. Jatkohoitoa hankaloittaa myös se, että sairaskertomusjärjestelmä on eri. Välillä psykiatriseen sairaalan pääsy koettiin liiankin hel-poksi. Potilaat hakevat läheteitä niin kauan kunnes pääsevät sairaalaan, jos yksi lääkäri

ei kirjoita niin tällöin potilas menee toiselle. Soitto sairaalaan lääkärille avaa välillä liiankin helposti ovia sairaalaan ja lääkärit eivät ole kuunnelleet jatkohoitoyksikön mielipidettä. Suurin osa potilaista pääsee tarvittaessa hyvin Paloniemeen hoitoon, ongelmana kaksoisdiagnoosipotilaat (mielenterveys ja kehitysvamma).

Psykiatrian poliklinikoilla yhteistyö toimii hyvin ja lääkäreitä on helppo konsultoida. Tämä koetaan hyvänä ennaltaehkäisyn keinona sairaalakierrokselle. Jatkohoitoyksiköt kokevat, että heitä kuunnellaan hyvin potilaan voinnin muutoksissa ja muissa potilaan asioissa.

Erikoissairaanhoidolle tuli paljon toiveita hoidosta, mitä jatkohoitoyksiköt odottavat. Työtoimintaa tai muuta kuntouttavaa toimintaa toivottiin, koska kaikki potilaat eivät halua puhua asioistaan tai heidän on hankala tuottaa sanallisesti asioitaan. Lohja ostaa paljon palveluita kuten kevyempää palvelua mistä potilaat kokevat olevan hyötyä, näitä ovat muunmuassa elokuvissa käynti sekä kotiin tuotettavat palvelut. Tämä on toiminnan kautta tapahtuvaa palvelua sekä arkeen vievää toimintaa. Nämä ovat tuottaneet tulosta potilaille. Kunnallinen kotihoito ei suostu tekemään potilaan luona kattavaa palvelua (ruoka, siivous). Yksityiset hoitolaitokset kuljettavat potilaita ja tekevät kattavammin asioita. Psykiatrian poliklinikka ei tuota kaikille tulosta. Kaikki potilaat eivät halua mennä psykiatrian poliklinikalle. Toisilla potilailla on vaikea liikkua paikalle julkisen liikenteenkin vuoksi ja kotiin vietävää palvelua toivottiin. Matalan kynnyksen vapaa-ajan toimintaa kaivataan. Miinuksena ovat vanhojen päivätoimintakeskusten loppuminen sekä "Ahdin verstaan" toiminnan lakkauttaminen.

Jatkohoitoyksiköiden lääkehoidosta vastaaminen

Jos potilas ei ole syönyt lääkkeitään kotona voi potilas joutua aluksi toistuviin sairaalahoidojaksoihin. Lääkkeiden vähennys on myös usein syy sairaalaan toimittamiselle. Sairalahoidon aikaiset tarvittavat lääkkeet on lopetettu, kun potilas siirtyy jatkohoitoon ja tämä on tuottanut ongelmia potilaan kotiutuessa.

Jatkohoitoyksiköissä tunnistetut koulutustarpeet

Erilaisista koulutuksista oltiin kiinnostuneita. Etenkin HUS:n järjestämät kiinnostivat edullisen hinnan tai ilmaisen opin vuoksi. Erilaiset aihealueet kiinnostivat, eikä niissä noussut selkeää jakoa. Kiinnostusta oli mm ryhmän ohjaustaidoilla, terapeutin yhteisön koulutuksella, persoonallisuushäiriöistä, masennuksesta, päihteistä. Esiin tuli myös työnhajauksen tarve.

Toistuviin suunnittelelmattomiin sairaalahoitoihin johtavat syyt

Tärkeänä asiana sairaalahoidon ehkäisyssä tuotiin esille, tiivis yhteistyö yhteistyötahojen kanssa, jonka osa toivoi ja osa koki toteutuvankin. Moniammatilliset työryhmät koettiin potilaan hoidossa tärkeinä. Tärkeää potilaan hoidossa on yksi ”asiantuntija” joka vastaa potilaan kokonaistilanteesta joko erikoissairaanhoidossa tai perusterveydenhuollossa. Vastuu psykiatrisesta hoidosta on psykiatrian poliklinikalla ja asumisen vastuu on muualla.

Jatkohoitoyksiköt kaipaavat yhteistyötä mihin ottaa yhteyttä potilaan psykiatriseen hoitoon liittyvissä asioissa. Potilaan sairaalasta kotiutuessa toivoisivat ajoissa yhteydenottoa jatkohoitoyksikköön, jonka myötä jatkohoito tapahtuisi hallitusti ja suunnitellusti. Potilas voisi käydä tutustumassa eri palveluihin mitä on saatavilla ja mikä olisi potilaalle sopivin vaihtoehto. Jatkohoitoyksiköt toivovat otettavan yhteyttä kuntaan (sosiaalityöntekijään), mikäli potilas on sairaalakierteessä, jonka myötä palveluyksiköt voisivat miettiä paremmin potilaalle sopivaa palvelua.

Psykiatriseen sairaalaan pääsy on välillä hankalaa. Lähetteen hakeminen huonossa kunnossa olevien potilaiden kanssa on haastavaa. Jatkohoitoyksiköt toivoisivat erikoissairaanhoidon tekevän enemmän kotikäyntejä asukkaiden luokse hoidon varmistamiseksi. Aukkailla ei ole välttämättä rahaa käynteihin joihin pitää mennä linja-autolla. Hoidon alkuvaiheessa on julkisen liikenteen käyttäminen myös kovin haastavaa. Potilaalla ei siis välttämättä ole motivaation puutetta, vaikka jää pois hoitokäynniltä.

Hyvänä koettaisiin uudenlainen toiminta, esimerkiksi kahvilatyypinen toiminta, johon voisi mennä ilman ajanvarausta vapaammin keskustelemaan asioista. Jatkohoitoyksiköt toivovat enemmän myös yhteistyötä, varsinkin potilaan ollessa osastohoidossa. Osastolta ei ole tullut aina ilmoitusta potilaan kotiutumisesta, vaikka yhteistyötä on muuten ollut jakson aikana.

Parhaillaan meneillään olevalla sote uudistuksella (alueuudistus. 23.3.2018) pyritään saavuttamaan tasa-arvoiset palvelut maanlaajuisesti. Jotta eri alueiden välillä olevia eroja psykiatrisen sairaalaan paluun asteessa saataisiin tasattua, terveydenhuoltojärjestelmää koskevilla tekijöillä on tärkeä rooli. Edellä jo mainittujen asioiden lisäksi tällaisiin tekijöihin kuuluu muun muassa riittävän tasoisten mielenterveyspalvelujen saavutettavuus harvaanasutuilla alueilla. Kehittämistyön yleisenä tavoitteena tulee olla avohoidon

palvelut, jotka painottuvat entistä enemmän kotiin tuotaviin palveluihin, joustaviin matalan kynnyksen palveluihin, sekä aiempaa parempaan integraatioon ja tiedonkulkuun somaattisen ja psykiatrisen terveydenhuollon välissä. (Wahlberg ym. 2017.)

Potilaat ovat kertoneet soittavansa usein tutulle lääkärille Paloniemeen ja tämän vuoksi pääsevät hoitoon toistuvasti. Toiveena olisi, että asumispalvelun henkilökunnan kanssa keskusteltaisiin tilanteesta ja tämän kautta järjestyisi tarvittava hoito. Asumisyksiköissä voinut syntyä potilaan ja henkilökunnan kanssa esimerkiksi rajaamistilanne ja potilas on reagoinut, jonka vuoksi potilas haluaa hoitoon. Jatkohoitoyksiköt kokevat yhteistyön lisäämisen tärkeänä hoitopaikkojen välillä.

Onko potilaan kotiutumisprosessi kartoitettu hyvin, kun potilas siirtyy osastolta kotiin tai jatkohoitoon? On olemassa vähän yhteistyötä osastolta kotiin päin. Nopeita kotiutuksia on osastolta, toiveena olisi saada aikaan hallittuja siirtymisiä. Psykiatrian poliklinikat "kommentavat"; eli ilmoittavat aikoja eikä kysyä mikä sopisi muille yhteistyötahoille. Toiminta on hyvin lääkärijohtoista. Toiveena, että "otettaisiin muut hoitotahot huomioon sekä pidettäisiin hyvät neuvottelutaidot yllä". Palveluohjaus koetaan tärkeänä.

Hoitaja varmistaa tiedon siirtymisen ennen kotitutusta soittamalla suunnitelmasta ja lääkityksestä omaisille, kotihoitoon tai jatkohoitopaikkaan. Sen lisäksi hän toimittaa potilaasta kotiutuspaikkaan kotiutussuunnitelman tiedot ja hoitotyön yhteenvedon, jossa on potilaan esitiedot, tulotilanne, hoidon tarve, toteutunut hoito, toimintakyky kotiutusvaiheessa, lääkehoidon ohjeistus ja lähtöpäivän lääkkeet mukaan pakattua. Potilas siirtoja vältetään yöaikaan, jotta pystytään varmistumaan potilaan kotiutuskuntoisuudesta ja valmistelujen sekä ohjauksen riittävydestä. (Kelo ym. 2015, 201–202; Vaasan sairaanhoitopiiri 2015, 10–12.)

Hoitohenkilökunta arvioi päivittäisessä työssään potilaan toimintakykyä ja sairaalaan takaisin tulon mahdollisuutta kokemukseen perustuen laatiessaan kotiutussuunnitelmaa. Kun henkilökunnan tekemiä arvioita tutkittiin, todettiin lääkäreiden löytävän sairaanhoitajia paremmin riskipotilaita. Sairaanhoitajat yliarvioivat potilaan riskiä. Arvioita pidettiin yleisesti heikkona, eikä uusintakäynnin syytä pystytty ennakoimaan. Tutkimuksessa ehdotettiin ryhmäarvioinnin tekemistä potilaasta, kunnes käytössä on luotettava riskimittari uudelleen paluulle. (Allaudeen ym. 2011, 773–775.) Tutkimuksen tulosten perusteella näyttää siltä, että avohoidossa osataan usein tunnistaa intensiivisen hoidon tarpeessa olevat potilaat ja tarjota näille aktiivisesti palveluja (Wahlberg ym. 2017).

Potilaiden lääkitysohjauksen, avohoidon seurannan, omahoidon ymmärtämisen ja terveydentilan varoitusmerkkien tunnistamisen todettiin vähentävän uusintakäyntejä puoli vuotta kotiutuksesta. Ohjauksella tuettiin iäkkäitä potilaita ja omaisia ottamaan aktiivisempaa roolia kotiutusvaiheen hoidossa. (Coleman ym. 2004, 1821.)

Ilmoitus potilaan kotiuttamisesta tulee tehdä ”hyvissä ajoin” sosiaalityöntekijälle (Finlex 2012/980, 25 §). Hoitaja varmistaa tiedon siirtymisen ennen kotitutusta soittamalla suunnitelmasta ja lääkityksestä omaisille, kotihoitoon tai jatkohoitopaikkaan. Sen lisäksi hän toimittaa potilaasta kotiutuspaikkaan kotiutussuunnitelman tiedot ja hoitotyön yhteenvedon, jossa on potilaan esitiedot, tulotilanne, hoidon tarve, toteutunut hoito, toimintakyky kotiutusvaiheessa, lääkehoidon ohjeistus ja lähtöpäivän lääkkeet mukaan pakattua. Potilas siirtoja vältetään yöaikaan, jotta pystytään varmistumaan potilaan kotiutuskuntoisuudesta ja valmistelujen sekä ohjauksen riittävydestä. (Kelo ym. 2015, 201–202; Vaasan sairaanhoitopiiri 2015, 10–12.)

5.4 Tulosten yhteenveto

Potilaan kotiutumisvaihe on tärkeä sairaalaan toistuvasti palaavien potilaiden hoidossa. Yhteistyö koettiin toimivan, mutta myös parannettavaa toiminnassa on. Jatkohoitoyksiköt toivoivat yhteydenottoa, kun potilas menee sairaalaan kuten myös kotiutuessa. Suunnitelmallinen potilaan kotiutus koettiin tärkeänä toistuvissa sairaalahoidoissa. Puutteellinen kotiutussuunnitelma todettiin uusintakäynnin riskiksi (Li ym. 2014, 60). Ilmoitus potilaan kotiuttamisesta tulee tehdä ”hyvissä ajoin” sosiaalityöntekijälle (Finlex 2012/980, 25 §). Tiivistä yhteistyötä kaivataan jatkohoitoyksiköiden kanssa sekä uudelleen pohdintaa potilaan jatkohoitopaikasta. Jatkohoitoyksiköt toivovat enemmän yhteistyötä, mikäli asukas osastohoidossa, etenkin suunnittelemattomissa toistuvissa hoitotaksoissa. Potilaan sairaalasta kotiutuessa toivoisivat ajoissa yhteyttä jatkohoitoyksikköön. Osa paikoista koki, että yhteistyö toimii moitteettomasti. Kivelä, Seittenranta & Jäntti (2007) mukaan kotiutusprosessissa ongelmiksi koettiin kirjaamiseen liittyvät puutteet. Kirjaamiseen liittyviä ongelmia koettiin olevan runsaasti, tiedot olivat puutteellisia tai ne puuttuivat kokonaan. Vuorotyö aiheutti, että asioita ei pystytty tekemään loppuun oman työvuoron aikana ja tämä saattoi hankaloittaa tiedon kulkua.

Toiveena on, että jatkohoito tapahtuisi hallitusti ja suunnitellusti, jonka myötä voisi miettiä paremmin potilaalle sopivaa palvelua. Lisäksi koettiin, että nopeita kotiutuksia ta-

pahtui osastolta jatkohoitoon. Toiveena on hallittuja siirtymisiä ja osastoilta yhteydenottoa, kun potilas menee sairaalaan. Potilas on voinut omin päin hakeutua sairaalaan henkilökunnan tietämättä. Tyytymättömyys omaan lääkäriin lisäsi uusintakäyntejä (Iloabuchi ym. 2014, 492).

Paloniemen sairaalasta on tehty hyvät esitiedot usein potilaan siirtyessä jatkohoitoon. Suurin osa potilaista pääsee tarvittaessa hyvin Paloniemeen hoitoon. Päihdeklinalta toivovat tietoa, mikäli potilas on hoidossa osastohoitojaksolla. Info on tarpeen myös, kun potilas kotiutuu sairaalasta.

Sairaalaan pääsee eriarvoisesti, välillä liiankin helposti

Potilaat kertoneet, että soittavat usein tutulle lääkärille Paloniemeen ja tämän vuoksi pääsevät hoitoon toistuvasti. Toiveena olisi, että asumispalvelun henkilökunnan kanssa keskusteltaisiin tilanteesta ja tämän kautta järjestyisi tarvittava hoito. Potilaat hakevat lähetteitä niin kauan, kunnes pääsevät sairaalaan, eri lääkäreiltä. Potilaat soittavat, myös itse sairaalan lääkärille ja osa jatkohoitopaikoista kokevat avaavan liian helposti ovia sairaalaan. Toiset jatkohoitopaikat kokivat taas psykiatriseen sairaalaan pääsyn hankalaksi. Lähetteen hakeminen on haastavaa huonokuntoisten potilaiden kanssa.

Osastolta uloskirjoitetaan liian varhaisessa vaiheessa, eikä informoida uloskirjoituksesta jatkohoitotahoa, hoitotaho ei aina tiedä potilaan olevan sairaalassa. Nämä koettiin usein syyksi toistuvaan sairaalahoittoon. Kuntoutuksen tulisi jatkua katkeamatta erikoissairaanhoidosta perusterveydenhoitoon ja kotihoitoon (Pikkarainen ym. 2014, 5). Sairaalakuntoutuksessa pyritään palauttamaan potilaan sairastumista edeltänyt toiminnan taso. Kotona asuvan osalta tuetaan henkilön voimavaroja ja pyritään ehkäisemään vaaratilanteita. Laitoksissa asuvien henkilöiden osalta pyritään säilyttämään toimintakyky sekä turvaamaan elämän laatu. (Vähäkangas 2009, 145.)

Yhteistyö psykiatrian poliklinikan kanssa

Psykiatrian poliklinikat "komentavat"; ilmoitetaan aikoja eikä kysytä mikä sopisi muille yhteistyötahoille, hyvin lääkärijohtoiseksi koettiin toiminta. Yhteistyötahot toivoisivat, että otettaisiin muut hoitotahot huomioon sekä pidettäisiin hyvät neuvottelutaidot yllä.

Osa koki psykiatrian poliklinikoilla yhteistyön toimivan. Lääkäreitä on helppo konsultoida. Tämä koetaan hyvänä ennaltaehkäisyn keinona sairaalakierteelle.

Sairaalaan palaavien hoidossa koettiin tärkeänä

Tiiviit hoitokontaktit psykiatrian poliklinikalle koettiin hyödyllisiksi sekä moniammatillisen työryhmän mukanaolon.

Potilaan hoidossa koettiin tärkeäksi yksi nimetty "asiantuntija" joka vastaa potilaan kokonaistilanteesta joko erikoissairaanhoidossa tai perusterveydenhuollossa sekä yhteistyötahon mihin ottaa yhteyttä potilaan asioissa. Oikealla hoitopaikalla koettiin olevan tärkeä vaikutus potilaan pärjäämiselle.

Jatkohoitoyksiköissä toteutettu lääkehoito ja henkilökunnan koulutuksen tarve

Potilaan lääkemäärä kasvoi pitkäaikaissairauksien lisääntyessä. Kotiutuksen aikainen lääkemäärä nosti uusintakäyntejä. (Beloosesky, Weiss & Mansur 2011, 1010; Hebert ym. 2014, 6.) Vähintään seitsemän lääkettä lisäsi nopeita uusintakäyntejä ja vähintään viisi lääkettä lisäsi käyntejä vuodessa (de Miguel-Diez ym. 2015; Shelton ym. 2000, 927). Lääkemäärän ja annostelukertojen kasvu ennakoii lääkehaitasta johtuvaa uusintakäyntiä (Willson ym. 2014, 30; Robinson ym. 2012, 341). Sairaalan koordinoima ja kotihoidon valvoma lääkkeiden otto vähensi 23 % uusintakäyntejä puolessa vuodessa. Tulokseen vaikutti potilaiden lääkityksen parempi hallinta ja lääkehaittojen estäminen. (Rytter ym. 2010, 150–151.) Toistuvista psykoosijaksoista kärsineiden potilaiden tarve sairaalahoittoon on tutkimuksissa vähentynyt, kun heidän lääkityksensä on vaihdettu pitkävaikutteiseen psykoosilääkeinjektioon (Koponen 2016, 3).

Jatkohoitoyksiköiden lääkehoidon toteutus vaihteli yksiköstä riippuen. Avohoitoyksiköt toteuttivat lääkehoitoa vähemmän itse kuin laitoshoidot yksiköt. Avohoidon yksiköissä useimmiten lääkehoidon toteutti perusterveydenhuollon hoitaja, jolla ei ole erityistä perehtyneisyyttä psykiatrisista potilaista.

5.5 Kehittämiskohteet ja jatkotoimenpiteet

Jatkohoitoyksiköt toivoisivat erikoissairaanhoidon tekevän enemmän kotikäyntejä asukkaiden luokse. Potilailla on vaikea liikkua poliklinikka käynneille julkisen liikenteen puuttumisen vuoksi tai potilaalla psyykkinen tila rajoittaa julkisilla kulkuneuvoilla liikkumista.

Uuden tyyppistä toimintaa kaivattiin, esimerkiksi kahvilatyyppinen toiminta, minne voisi mennä ilman ajanvarausta ja vapaammin keskustelemaan asioista. Matalan kynnyksen

vapaa-ajan toiminta olisi toiveissa jatkohoitoyksiköillä. Miinuksena jatkohoitoyksiköt kokevat vanhojen päivätoimintakeskusten lopettamisen sekä "Ahdin verstaan" toiminnan loppumisen. Työtoimintaa tai muuta kuntouttavaa toimintaa toivottiin potilaille ketkä eivät halua puhua asioistaan tai joille on hankala tuottaa sanallisesti asioita. Kaikki potilaat eivät halua mennä psykiatrian poliklinikalle keskustelemaan. Lohja ostaa paljon palveluita, kevyempää palvelua mistä potilaat kokevat olevan hyötyä, kuten elokuvissa käynti ja kotiin erilaisia palveluita. Toiminnan kautta tapahtuvaa palvelua sekä arkeen vievää toimintaa kaivataan, jotka ovat tuottaneet potilaille tulosta.

Yksityisten hoitolaitosten koettiin kuljettavat potilaita ja tekevän kattavammin asioita. Psykiatrian poliklinikka eli keskustelu ei tuota kaikille tulosta. Haastavaksi koettiin, myös tiiviin hoitojakson saaminen akuutti psykiatrian poliklinikalla, mikäli potilas odottaa psykiatrian poliklinikalle aikaa. Yhteisöhoito koettiin myös kannattelevana hoitomuotona, jota toivotaan lisää ja nähtiin ehkäisevän sairaalakierrettä. Sosiaalityöntekijään toivottiin yhteyttä, mikäli hoitojaksoja on toistuvasti. Esille nousi myös kysymys, onko potilaan kotoutumisprosessi tutkittu tai kartoitettu, kun potilas siirtyy osastolta kotiin tai jatkohoitoon.

Hankaloittavana tekijänä todettiin eri sairaskertomusjärjestelmät perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä. Joitakin tekstejä näkee Navitas-ohjelman kautta. Jos potilas ei ole syönyt lääkkeitään kotona voi potilas joutua aluksi toistuviin sairaalahoitotapaisiin. Tähän toivottiin kiinnitettävän huomiota.

Männiköstä tuli ehdotus, että voisiko kuntoutuspoliklinikalla olla potilaita, jotka voisivat käydä heillä. Näin saataisi erikoissairaanhoidon kuormitusta matalammaksi. Esitteitä lähetetään erikoissairaanhoidon eri ryhmätoiminnoista ja niitä luetaan, mutta epäselväksi on jäänyt miten ryhmiin voi ilmoittautua. Kehittämisideaa syntyi myös päihdeklinalta, että kaksoisdiagnoosipotilaiden ryhmä hoitomuotoja voisi alkaa kehittää yhteisveitosesti esimerkiksi psykiatrian poliklinikan kanssa. Kotikäyntityöpari voisi löytyä myös päihdeklinalta, sillä päihdeohjaajat tekevät kotikäyntejä.

Paljon tuli epäselviä asioita ilmi, aiheet liittyivät potilaan voinnin huononemiseen ja miten kuuluisi toimia, ettei sairaalahoidoa tarvita. Avohoidon tiivistettyä hoitomallia kaivattiin. Epäselvyyttä aiheutti myös hoitajien tapa toimia, onko kaikilla samanlainen tyyli ja onko selkeät toimintamallit luotu. Potilaslähtöisyyttä ja resurssien yhteensovittamista kyseenalaistettiin.

Psykiatrian poliklinikoilta saapui suurin osa potilaista suunnittelemattomasti sairaalahoittoon toistuvasti 30 vuorokauden sisällä. Sairaalahoidon aikaisesta toiminnasta tuli myös

palautetta jatkohoitoyksiköiltä, joka oli sekä positiivista, että negatiivista. Työntekijöillä on omat työtavat toimia. Pohdin, että auttaisiko prosessimalli yhtenäistämään käytäntöjä sekä avopuolella, että sairaalahoidossa. Työntekijän yksilölliset tavat eivät korostuisi vaan olisivat yhteneväiset linjaukset ja toimintamallit, joka vaikuttaa laatuun.

Yksilöllisiä hoitosuunnitelmia tehtäessä on syytä ottaa erityisesti huomioon ne ryhmät, joilla on kohonnut riski palata psykiatriseen sairaalahoitoon. Huomiota kannattaa kiinnittää varsinkin psykoosidiagnoosin saaneisiin sekä niihin, joilla on somaattisia samanaikaissairauksia. Terveystenhuollossa on syytä panostaa hoidon mahdollisimman saumattomaan jatkumiseen erityissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon sisällä ja välillä, potilaslähtöiseen lähestymistapaan, sekä parempaan avohoidon palvelujen saatavuuteen. (Wahlbeck ym. 2017.)

Potilaan tullessa sairaalahoitoon suunnittelemattomasti ja toistuvasti voisi jo osastohoidon arviovaiheessa pohtia potilaalle uusia käytänteitä ja tukevia toimenpiteitä avohoittoon. Paljon on myös asioita mihin ei voi vaikuttaa potilaan tullessa sairaalaan ja sairaalahoidot eivät ole aina estettävissä.

Ehdotuksia on tullut uudenlaisesta toiminnasta joka suuntautuisi enemmän potilaan arkeen ja tekemiseen myös kioski- toimintaa on ehdoteltu, mihin potilaat voisivat tulla vapaammin. Vanhoja hoitomalleja myös kaivataan (päiväyksikkö, toiminnallinen terapia laajemmassa toiminnassa).

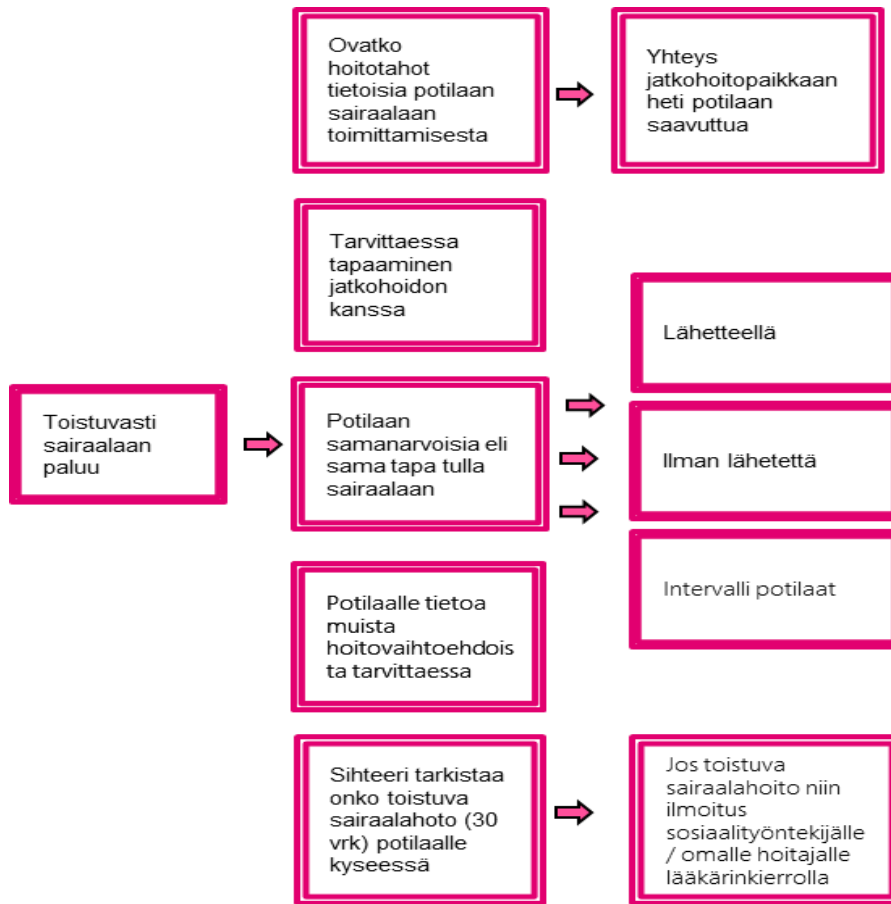
6 PROSESSIKUVAUKSEN MALLI TOISTUVISTA SAIRAALAHOIDOISTA

6.1 Palveluprosessi ja rajaus

Silén (2006, 76) toteaa, että hyvä prosessikuvaus on selkeä ja ymmärrettävä. Se sisältää prosessin kannalta olennaiset asiat: toiminnot, vastuut, järjestelmät, sisäiset ja ulkoiset asiakassuhteet, tavarat ja tiedot.

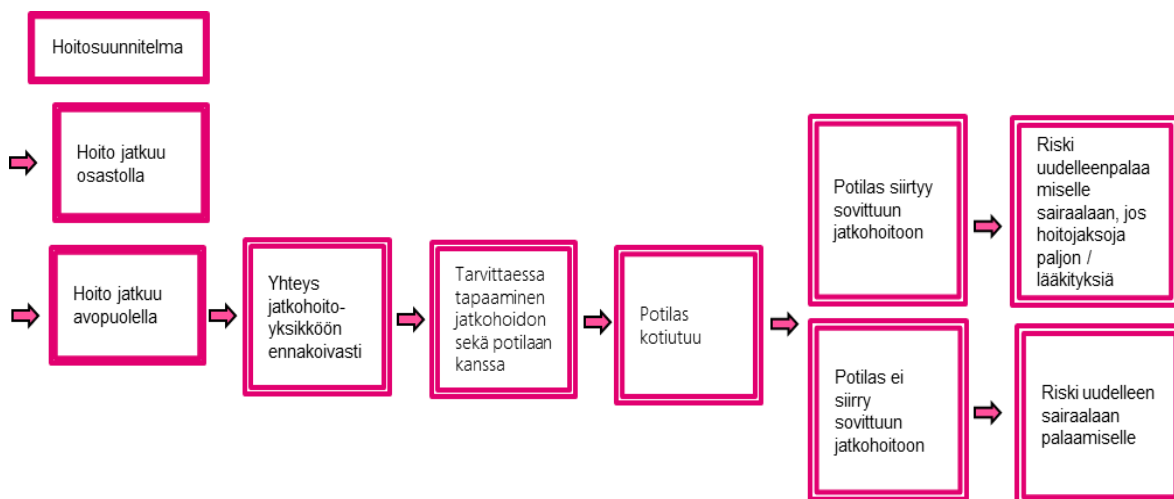
Keskitän prosessin sairaalahoidon päättymiseen eli kun potilas on kotiutumassa sairaalasta. Tämä todettiin yhdeksi haasteeksi jatkohoitoyksiköiden tapaamisissa. Potilaalla on usein jo jatkohoitokontakti luotuna, kun kyseessä on toistuva sairaalahoido. Potilas on hoitajalle tuttu potilas. HUS:n käytänteiden mukaisesti Lohjalla on enemmän lisätty resursseja avohoitoon, joten tuetumpi hoito voisi olla mahdollista myös potilaan kotona.

Olen koonnut asioita, mitä hoitajakson alussa tulisi huomioida. (Liite 3. Huomioitavaa sairaalassa). Jatkohoitoyksiköiden haastattelussa kävi ilmi, että hoitoon pääsyn koettiin olevan eriarvoista. Toiset potilaat pääsevät sairaalaan helpommin kuin toiset potilaat. Joillekin potilaille on sovittu intervallihoitoja eli toistuvia säännöllisiä sovittuja hoitajaksoja sairaalaan. Nämä ehkäisevät suunnittelemattomia sairaalakäyntejä. Osastohoidon aikana lääkäri on usein määrittänyt hoitoajan. Kun hoitoaika alkaa olla päätöksessä, aletaan suunnittelemaan potilaan kotiutumista. Lääkäri tapaa potilasta hoitajan kanssa. Potilas kertoo vointinsa ja tämän jälkeen tehdään päätös, jatkuuko hoito vai onko kotiutuminen ajankohtainen. Usein myös lääkärinkierroilla on potilaan kotiutuminen esillä. Lääkärinkierroilla on moniammatillinen työryhmä paikalla. Päätettäessä potilaan kotiutumisesta, hoitaja ottaa yhteyttä jatkohoitopaikkaan.



Kuvio 4. Huomioitavaa sairaalassa.

Mikäli jatkohoitopaikkaa ei ole niin se päätetään tapaamisessa, jossa on mukana potilas, lääkäri sekä hoitaja. Tarvittaessa voidaan sopia tapaaminen jatkohoidon työntekijän kanssa. Potilas kotiutuu ja menee sovituille ajalleen. Aina eivät sovitut jatkohoidot toteudu, jolloin potilas jää vaille jatkohoitoa. Pahimmassa tapauksessa potilas jättää lääkkeet syömättä ja vointi huononee, jonka jälkeen tulee uusi sairaalahoitajakso eteen. Tämä on yleisin malli potilaan kotiutumisesta (Liite 3. Sairaalaan kotiutuva potilas).



Kuvio 5. Sairaalasta kotiutuva potilas.

Hoitojakso voi joskus päättyä, kun potilas lähtee omin päin sairaalasta eikä tiedota asiasta kenellekään. Mikäli potilas on päihdepotilas ja ratkeaa juomaan / käyttämään päihkeitä niin seurauksena voi olla potilaan uloskirjoitus nopealla aikataululla. Joskus potilas voi tulla ilmoittamaan, että haluaa lähteä kotiin kesken hoidon. Nopealla aikataululla ei välttämättä potilaan jatkohoito toteudu suunnitelmallisesti. Tämä on riski sairaalan suunnittelemattomalle paluulle. Keskityn prosessissa suunniteltuun potilaan kotiutukseen.

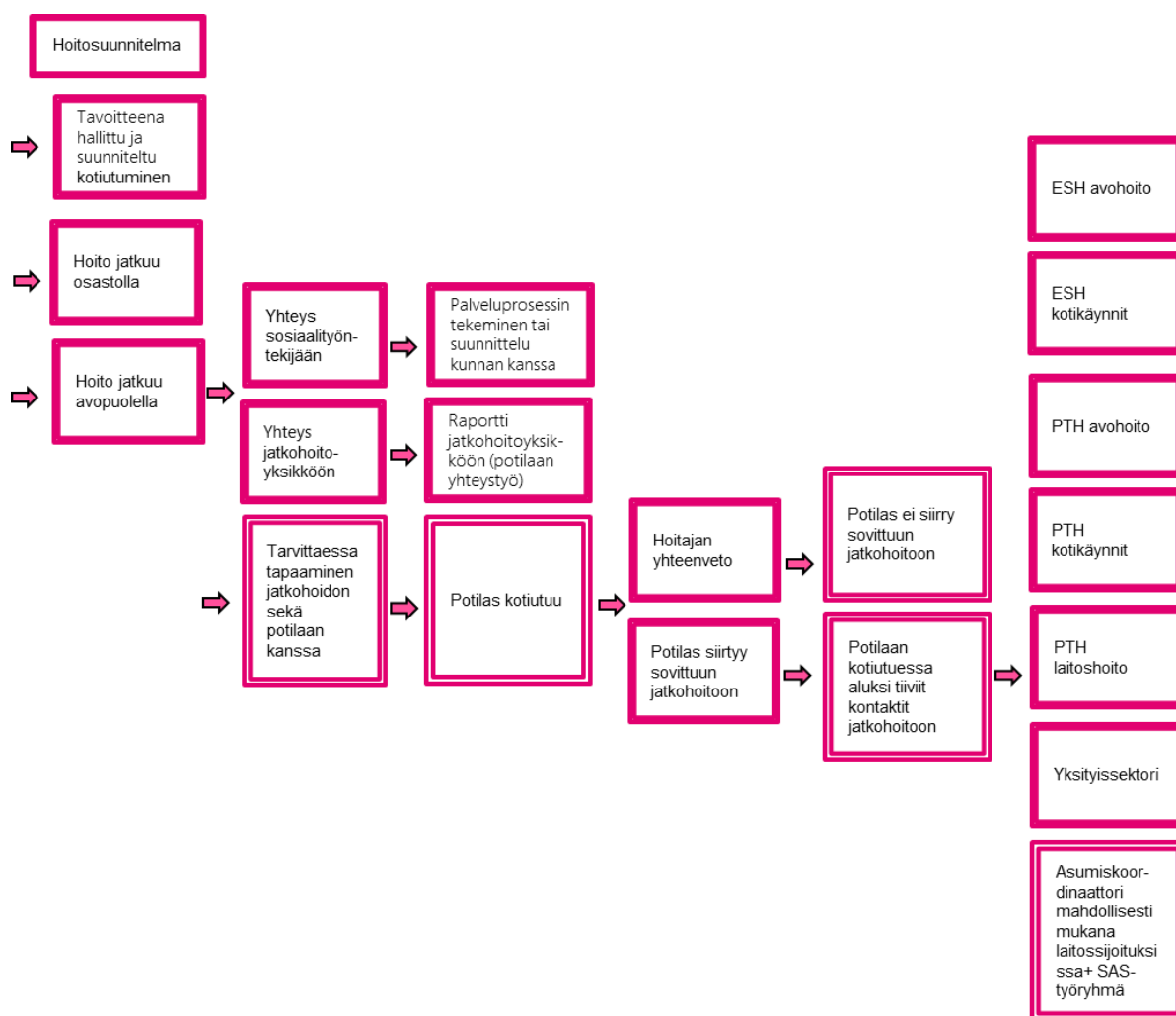
6.2 Palveluprosessin uudelleen arviointi

Potilaan hoidon alettua sihteerin selvittää potilaan hoitokerran psykiatriassa: Onko kyseessä toistuva sairaala hoito, 30 vrk sisällä. Osastohoidon aikana lääkäri on usein määrittänyt hoitoajan potilaan kanssa. Hoitoajan ollessa päätöksessä, aletaan suunnittelemaan potilaan kotiutumista. Lääkäri tapaa potilasta, hoitajan kanssa. Potilas kertoo vointinsa ja tehdään päätös, jatkuuko hoito vai onko kotiutuminen ajankohtainen. Hoitaja ottaa yhteyttä jatkohoitopaikkaan. Mikäli jatkohoitopaikkaa ei ole niin se päätetään tapaamisessa. Tarvittaessa voidaan sopia tapaaminen jatkohoidon työntekijän kanssa. Potilas kotiutuu ja menee sovitulle ajalleen. Aina eivät sovitut jatkohoidot toteudu, tällöin potilas jää vaille jatkohoitoa. Pahimmassa tapauksessa potilas jättää lääkkeet syömättä ja vointi huononee. Tulee uusi sairaalahoitajakso eteen.

Potilaan ollessa toistuvasti sairaalahoidossa tulisi ottaa sosiaalityöntekijä mukaan viimeistään ennen potilaan kotiutumista. Lääkärin kierrolla on usein sosiaalityöntekijä mu-

kana. Sihteeri voisi tässä tuoda myös esiin työryhmälle toistuvasta sairaalahoidosta. Sosiaalityöntekijä voisi ottaa yhteyttä potilaan kuntaan ja miettiä mahdollisia uusia kannattelevia avohoidon tukitoimia potilaalle. Hyvin koulutettu ja tietoinen väestö odottaa terveyspalveluiltaan muuttunutta ja uutta. Potilaat haluavat valita ja osallistua itse enemmän omaan hoitoonsa. (Kujala 2003, 25.) Pitkäaikaisille potilaille tulisi laatia kunnissa myös terveys- ja hoitosuunnitelma, joka laaditaan yhdessä potilaan kanssa. Asiakkaan itsemääräämisoikeutta on kunnioitettava ja sen on toteuduttava vaativissakin olosuhteissa (Laki 785/1992). Mielenterveyslaki (1116/1990) ja päihde-huoltolaki (41/1986) sallivat tahdon vastaisen hoidon. Tahdonvastainen hoito tekee ihmisen päätösvallasta haasteellista.

Toistuvia sairaalahoitoja voidaan seurata tietojärjestelmästä. Saatavilla on tilastot kuukausittain. Toistuvia sairaalahoitoja tulee aina olemaan, mutta niihin tulisi kiinnittää huomiota ja seurata. Kaikkia potilaita jatkohoito ei aina tavoita ja potilailta puuttuu oma hoitomotivaatio asian suhteen. Hyödynsin Qualitas Fennicaa prosessien arviointiin ja laadin prosessikaavion uuden kuvauksen mukaan (Liite 3. Sairaalaan kotiutuva potilas; uudelleen arvio).



Kuvio 6. Toistuvasti sairaalaan palaava potilas, uudelleen arvio.

Vaihtoehtona voisi olla myös, että potilaan saadessa lähete sairaalaan, potilas tulee hoidon arvioon. Potilaan tullessa sairaalaan hoitaja ja lääkäri tapaavat potilaan. Potilaalla ei ole akuuttia vaivaa jäädä sairaalaan vaan tapaamisessa päädytään, että potilas voi siirtyä takaisin jatkohoidon turvin kotiin tai laitokseen. Potilaalle voisi aloittaa tiiviimmän hoidon akuutti psykiatrian poliklinikkaa käyttäen (erikoissairaanhoitoa) lisänä oman muun hoidon kanssa. Akuutti psykiatrian poliklinikka voisi kartoittaa onko nykyinen jatkohoito riittävä. Sosiaalityöntekijän mukaan otto kartoitukseen on tärkeää, varsinkin jos kyseessä olisi laitoshoidon vaihtaminen tai tarvitsee muunlaista avohoitoa. Pitkäaikaisille potilaille tulisi laatia suunnitelma mitä palveluita potilas käyttää. Riskiryhmä potilaille voisi tehdä myös voinnin seuranta sairaalasta käsin esimerkiksi puhelimitse potilaan kotiutuessa, tietyn määritellyn ajan.

6.3 Potilaslähtöisyys hoidossa

Tärkeä asia palveluprosessissani on potilaslähtöisyys sekä hoidon oikea- aikaisuus. Kuntaliiton laatimassa terveydenhuollon laatuoppaassa Koivuranta-Vaaran (2011, 9) mukaan potilaskeskeisyys on tärkeä osa palvelun laatua. Potilaskeskeisyys tarkoittaa sitä, että potilas saa helposti tietoa terveyteensä liittyvistä ongelmistaan sekä terveys- palveluista. Potilaan tulee saada terveydenhuollon toimintayksiköistä tietoa, joka ohjaa hänet oikeiden terveyspalveluiden piiriin, jos hänen terveydentilansa sitä vaatii. Potilas pääsee tarvitsemiinsa tutkimuksiin ja hoitoihin mahdollisimman helposti ja nopeasti ja tulee olla oikeus saada ammattitaitoista sekä yksilöllistä hoitoa ja ystävällistä kohtelua. Potilaan pitää saada riittävästi tietoa sairaudestaan voidakseen osallistua oman hoito- suunnitelmansa laadintaan ja sitoutua sen noudattamiseen. Potilaan tulee olla kykenevä saamiensa neuvonnan sekä tiedon turvin noudattamaan hoito-ohjeita, käyttämään lääk- keitä mahdollisia apuvälineitä ja osallistumaan kuntoutukseensa. Potilaalla tulee olla mahdollisuus seurata aktiivisesti parantumistaan sekä tulee tietää, mihin hän ottaa yh- teyttä, jos ongelmia ilmenee.

Terveydenhuollossa prosessi käynnistyy asiakkaan tarpeesta, jonka hän ilmaisee ha- keutuessaan palvelun piiriin. Psykiatrisen potilaan hoitoprosessi alkaa asiakkaasta ja loppuu asiakkaaseen, ja tällöin mahdollistuu asiakkaan tarpeiden huomioiminen koko prosessin ajan. (Laamanen 2007, 22 -23.) Sairaalassa kutsutaan asiakkaita potilaaksi. Potilaat ovat sairaalahoidossa olevia potilaita, jotka saapuvat sairaalahoitoon toistu- vasti. Määritelmä on tilastoissa 30 vrk sisällä. Haasteita luo potilaan motivoiminen jatko- hoitoon. Mikäli potilas on ollut pidättävällä hoitoon määräämispäätöksellä hoidossa voi motivointi olla haastavaa. Potilaiden uudelleenpaluu voi olla hankalasti tunnistettavissa, kun osa hoitajista saattaa olla lomalla tai vapailla eikä ole työvuorossa. On myös hoitajan varassa muistaako hoitaja, että potilas on ollut hetki sitten sairaalahoidossa tai huo- maako sen potilastietojärjestelmästä. Olisi tärkeää löytää keino, miten erottaa toistuvat sairaalapotilaat. Tässä voisi olla osastonsihtööri apuna. Hänen tehtävä voisi olla potilaan tullessa tarkistaa asia. Viikonloppuisin ja iltaisin ei sihtööriä ole paikalla, joten asia jää hoitajien varaan.

HUS:n Paloniemen sairaalan alue on melko pieni väestömäärältään ja tämän vuoksi on rajalliset avohoito mahdollisuudet. Näiden puitteissa potilaille määritetään jatkohoito. Po- tilaalla on mahdollisuus valita toiselta paikkakunnalta jatkohoito. Palvelut ovat määritetty

usein myös diagnooseittain. Potilaan toivotaan käyvän jatkohoitoyksikössä ennen kotiutumista sairaalasta, kävi ilmi eräässä avohoidon yksikössä tehdessäni kehittämishankkeeseen Benchmarking kartoitusta. Tämä heidän mukaan myös sitouttaa potilaan siirtymistä jatkohoitoon. Jatkohoitoyksiköt näkivät tärkeäksi myös yhteistyötahon mihin ottavat yhteyttä potilaan ollessa hoidossa. Potilas voisi käydä etukäteen tutustumassa eri jatkohoito mahdollisuuksiin, vaikka olisivatkin tuttuja potilaalle. Näin olisi tilaisuus haastatella potilasta asiasta. Uudenlaisia vapaampia jatkohoidon muotoja kaivattiin yhteistyökumppaneilta.

Potilaan toiminta tulee olla esillä prosessikartassa (Laamanen 2007). Kokemusasiantuntijoiden käyttö potilastyötä suunniteltaessa tuo monipuolisempaa ja potilaslähtöisempää ajattelua hoidon suunnitteluun. Potilaalla on mahdollista antaa myös potilaspalautetta. Potilaspalautteet ovat jokaisen hoitoyksikön odotustilassa. Potilaita muistutetaan ajoitain täyttämään palautteita. Palautteita seurataan aktiivisesti ja ne syötetään tiedostoihin, jonka myötä niitä voidaan seurata laajemmalla aikavälillä. Tarvittaessa asiallisiin palautteisiin reagoidaan käsitellen ne läpi hoitajien tiimeissä sekä tarvittaessa johtoryhmässä. Potilailla olisi hyvä olla tietoa, miten hoito edistyy osastolla. Usein sairaalaan palautuvat potilaat sen tietävätkin, mutta lisäisi selkeyttä hoitoon.

Lainsäädäntö turvaa asiakaslähtöisyyden perustan antamalla asiakkaalle oikeuksia, mutta laki ei sinänsä velvoita tai ohjaa julkista sektoria tarjoamaan palveluitaan asiakaslähtöisemmällä tavalla. Tämäkin seikka on muuttumassa, mistä osoituksena ovat uudet palveluseteliä ja ei-kiireellistä hoitoon pääsyä ohjaavat lait. (Virtanen ym. 2011, 8.) Sote voi tuoda myös muutoksia potilaan avohoitoon. Potilaille suunnitellaan laajempaa valinnanvapautta ja palvelusetelin käyttöä. Tämä saattaa hankaloittaa potilaan hoitoa esimerkiksi, jos potilas kyllästyy yhteen hoitopaikkaan niin vaihtaa toiseen. Tärkeätä psykiatriassa on hoidon jatkuvuus, jota edistävät myös omaiset.

6.4 Henkilöstön välinen kehittäminen

Mielenterveystyö vaatii hoitajalta valppaana oloa. Hoitajan tulee olla melko aktiivinen, jotta pysyy muuttuvassa ympäristössä mukana. Sähköposti toimii hyvänä informaatiolähteenä oman alueen muutoksissa. Tosin sähköpostitulva ja kiire voi johtaa siihen, ettei posteja lueta. Osaston sisällä järjestettävät tiimit ovat myös hyviä tiedon jakamisen väyliä.

Työvuorossa olisi hyvä olla myös kokeneempia työntekijöitä jotka tietävät ja tuntevat alueen jatkohoito mahdollisuudet ja toimintatavat. Nämä työntekijät ovat avainhenkilöitä työryhmässä toistuvien sairaalahoitojen kohdalla. Lääkärit ovat usein vaihtuvia eivätkä ole tietoisia aina alueen jatkohoidoista. Hoitajalla on suuri rooli. Raportit ja lääkärin kierrot ovat usein tilanteita jolloin puhutaan potilaan asioista laajasti. Viikoittain on, myös lääkärin kierto jolloin käydään moniammatillisessa työryhmässä potilaiden asioita läpi. Hoitajat kiinnittävät asioihin huomiota eri tavalla ja ovat tietoisia potilaan toistuvista sairaalahoidoista vaihtelevasti. Sairaalaan palaavista potilaista tulisi keskustella enemmän hoitajien kesken esimerkiksi osastopalavereissa. Hoitajat eivät välttämättä huomioi, että sairaalaan palautuvat potilaat ovat HUS:n laatua ohjaava asia.

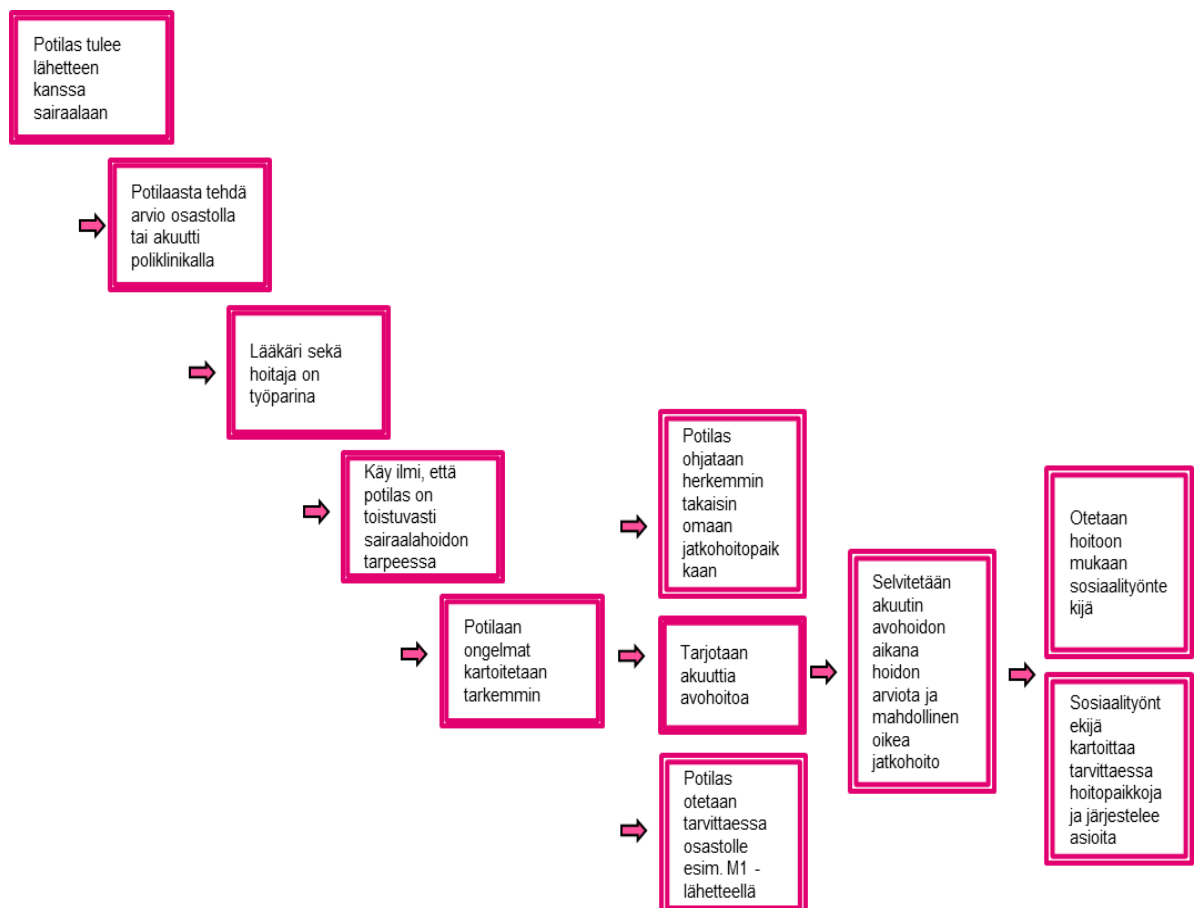
Henkilöstö on melko kuormitettua avopuolella minne potilaat ohjautuvat ja näin potilaille muodostuu pitkä jatkohoidon odotusaika. Potilaan sairaalahoito voi venyä tämän vuoksi tai potilaalle sovitaan kannattelukäyntejä osastolle tai akuutti-psykiatrian poliklinikalle. Raportointi on myös merkittävä asia potilaan siirtyessä jatkohoitoon. Hoitajat tekevätkin osastolta jatkohoitoon meneville potilaille hoitajan yhteenvedon. Flinkman (2004) toteaa tutkimuksessaan, että yhteistyön avulla edistetään palvelujen saumattomuutta. Avopuolen henkilöstö kaipaa enemmän koulutusta sekä tietoa uudelleen palaavista potilaista. Tämä asia kävi ilmi tehdessäni kehittämisprojektia Benchmarking kyselyssä avohoitoyksiköille.

6.5 Jatkohoito ja jatkohoitoyksiköiden palvelutarjonta

Sosiaali- että terveysterveyspalvelut sisältävät erikoistunutta osaamista vaativia toimintoja (Virtanen ym. 2011, 11). Tässä prosessissa on kyse erikoissairaanhoidosta. Potilaan jatkohoitona toimivat myös perusterveydenhuolto sekä yksityiset sektorit. Toistuvasti sairaalaan palaavan potilaan jatkohoitopaikat ovat usein samat kuin muillekin psykiatrisilla potilailla. Muutoksia jatkohoitoon tehdään, mikäli osoittautuu, ettei jatkohoitopaikka ole sopiva tai riittävä potilaalle. Potilaalla on jatkohoitopaikkana erilaiset laitokset joko yöhoitajalla tai ilman. Potilaille on suunnattu erilaisia tukiasuntoja. Avohoitona potilaalle on tarjottavissa erikoissairaanhoidossa poliklinikoita; kuntoutuspoliklinikka, psykiatrian poliklinikka tai akuutti psykiatrian poliklinikka. Kannattelu sairaalahoidon päätteeksi voi käydä osastolla jälkipoliklinisilla käynneillä.

Psykiatrian päiväyksikkö on silta sairaalan ja avohoidon välillä. Potilas voi käydä tiiviisti yksikössä ryhmissä sekä tapaamisissa. Lisäksi perusterveydenhuollossa on tarjolla erilaisia avopalveluita. Palvelut vaihtelevat kunnittain. Lohjalla sekä Karviaisissa on linjas-toja rakennettu mm. Ikäryhmittäin. Palvelut ovat kattavampia ja laajempia mitä isompi on väestöpohja. Jatkohoitoon siirtyminen on usein myös pullonkaula. Potilaalla on pitkät jono- notusajat joihinkin avohoidon yksiköihin mitä olen aikaisemmin kuvannut.

Olen tehnyt prosessimallin, missä potilas käy sairaalassa, mutta todetaankin, ettei sairaalahoitoa tarvita ja potilas ohjataan takaisin avohoitoon (Liite 3. Jos ei sittenkään sairaalaa tarvita). Yksi vaihtoehto on potilaan kunnon nopeasti heikentyessä kotona konsultoida tiimin hoitajaa, kokeneempaa kollegaa tai päivystyksen seniorihoitajaa. Lääkäriin tai hoitajaan otetaan yhteys ja hän arvioi tilanteen ja sen, pystyykö tekemään kotikäynnin tai ottamaan potilas vastaanotolle, tämä vaatisi uudenlaista käytäntöä jossa ei lähetettä tarvitse. (Kotihoidosta sairaalaan ja sairaalasta kotihoitoon. 2007, 9.)



Kuvio 7. Sairaalahoitoa ei tarvita.

Asiakaslähtöisyyden kehittäminen madaltaa eri sektorien välisiä raja-aitoja ja lähentää niitä toisiinsa. Asiakaslähtöisyyden kehittämistä tapahtuu parhaillaan kaikilla kolmella eri sektorilla, mutta ne eivät useinkaan leviä sektorilta toiselle yhteistyön ja yhteisen asiakaslähtöisyyšnäkemyksen puutteen takia. Tulevaisuuden linja on siirtyä enemmän kumppanusajatteluun, jossa asiakkailta ja palvelun käyttäjiltä on merkitystä. (Virtanen ym. 2011, 9.)

Asumiskoordinaattoreilla on keskeinen rooli valittaessa potilaalle laitospaikkaa. Kunnat ovat tehneet maksusitoumuksia tiettyjen hoitopaikkojen kanssa ja näin ne määräytyvät potilaille. Potilaat eivät ole aina tyytyväisiä päätöksiin. Potilaille on omarahoitteisesti mahdollisuus vaikuttaa hoitopaikkaan. Potilasta myös haastatellaan ennen laitoshoidon toteutumista. Laitushoito on kalliimpaa kuin avohoito. Tämän vuoksi on avohoitoa pyritty lisäämään. Kuhasen ym. (2012: 46) mukaan mielenterveyspalvelut järjestetään ensisijaisesti avohoitona. Tämä tukee asiakkaiden voimavaroja ja palvelee heitä yksilöllisemmin.

7 ARVIOINTI JA POHDINTA

7.1 Kehittämiprojektin arviointia toteutuksesta sekä luotettavuuden tarkastelua

Aikaisempaa teoreettista tietoa oli vähän saatavilla. Kartoitin tutkittua tietoa sairaalaan suunnittele mattomasti palaavista potilaista HUS:n sisäisestä intranetistä, google scholarin kautta, kirjastosta (Lukki) sekä Finnasta. Aiheesta löytyi vähän materiaalia. Avohoidosta, jatkohoidoista sekä yhteistyökumppanuuteen liittyvistä aiheista löytyi paremmin tutkittua tietoa. Psykiatrisen potilaan avohoidon kokemuksista sekä kehittämishaasteista löytyi lähinnä opinnäytetyö tasoista materiaalia. Tämä toi haastetta kehittämiprojektille. Löydettyyn teorian tietoon oli tartuttava. Teorian on käytetty alkuperäisiä lähteitä, joka lisää luotettavuutta.

Kehittämiprojekti sai alkunsa tarpeesta työelämästä. Projekti lähti liikkeelle hyvin nopeasti ja aikaa ei kulutettu suunnitteluun. Projektia olisi voinut hieman paremmin suunnitella ja miettiä mihinkä halutaan vastauksia. Kokemattomana lähdin heti työskentelemään innokkaana yksin projektin ympärillä, työelämästä ei ollut projektiryhmää jolta olisi saanut tukea asiaan. Kokemattomuus kehittämiprojektityyppisestä työstä sekä projektiryhmän puuttuminen vaikuttavat tuloksien luotettavuuteen, pitkä työkokemus antaa puolestaan lisäarvoa.

Yhteistyö sujui hyvin yhteistyökumppaneiden kanssa ja tapaamiset tapahtuivat sovitulla ajoilla. Yhteistyökumppanit olivat hyvin kiinnostuneita aiheesta ja työskentelivät aktiivisesti kysymyksien ympärillä. Vastauksia oli helppo saada esitettyihin kysymyksiin. Raporttiin poimin esille tulleet asiat. Suurin haaste oli kerätä tutkittua tietoa aiheesta, sillä sitä ei ollut juuri saatavilla. Prosessimallit muodostuivat benchmarking käyntien ja teemahaastatteluiden tuotoksena sekä omaa kokemustietoa käytin paljon. Jatkohoitoyksiköltä sai laajasti ja monipuolisesti kerättyä tietoa.

Projekti oli hyvin itsenäistä työtä vaativa ja sai harjoitusta itsenäiseen työskentelyyn. Itsenäinen työote sopii työotteeksi, mutta välillä olisi kaivannut henkilöä kenen kanssa pohtia asioita ja miettiä suuntaa projektille. Projekti osoittautui melko laajaksi kokonaisuudeksi.

7.2 Kehittämiprojektin tavoitteet suhteessa tuotokseen

Kehittämiprojektiin asetettuihin tavoitteisiin löytyi vastauksia yhteistyökumppaneiden kautta. Vastaukset yhteistyökumppaneilta oli hyvin yhteneviä ja samantapaisia. Palaute oli välillä myös melko kriittistä ja yhteistyökumppanit saattoivat kokea, että haetaan syyllisiä haastattelulla. Haastatteluissa painotettiin, että oli tarkoitus etsiä erilaisia vaikuttavia tekijöitä, ettei syntyisi sairaala kierrettä potilaalle. Haastatteluissa erikoissairaanhoidon sai kritiikkiä ja vanhoja palveluja kaivattiin takaisin sekä uusia hoitomuotoja. Laki toteaa myös, ettei hoito ole yksin erikoissairaanhoidon järjestettävänä.

Potilaita palautui paljon suunnittelemattomasti sairaalaan myös oman organisaation kautta, mihin olisi hyvä kiinnittää huomiota jatkossa. Oman organisaation poliklinikoita en ottanut haastatteluihin mukaan. Omasta organisaatiosta olisi voinut tehdä tarkentavan oman haastattelun ja kartoituksen.

Kehittämiprojekti antoi yhteistyökumppaneiden näkemyksen sairaalaan uudelleen palaavista suunnittelemattomista potilaista. Kehittämiprojekti oli lähinnä selvitystyyppinen, mikä antaa näkemystä jatkaa Lohjan sairaanhoitoalueen psykiatrian kehittämistyötä esimerkiksi sote valmisteluja tehdessä. Yhteistyö tulee olemaan jatkossakin hyvin tärkeää perusterveydenhuollon ja yksityisten sektorien kanssa palvelujen kokonaisuutta suunniteltaessa.

7.3 Kehittämiprojektin jatkokehittely

Kehittämiprojektista nousi esille jatkossa mietittäviä kysymyksiä mitkä voisivat palvella suunnittelemattomissa sairaalaan paluissa. Erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon yhteistyötä tulisi kehittää. Tiivistetty avohoidon malli voisi palvella potilaita. Ennaltaehkäisevän toimintaan olisi kiinnitettävä myös huomiota. Tulevaisuuden hoitotyön kehittämisen osalta suomalaisten sairaaloiden olisi hyvä tutkia yhdessä uusintakäynneille altistavia tekijöitä ja kehittää riskimittareita arvioimaan, ketkä potilaat todennäköisimmin palaavat nopeasti uudestaan sairaalaan. Hoidon laadun ja jatkuvuuden kannalta hoitosuunnitelman siirtyminen eri organisaatioiden välillä edesauttaisi potilaan tai asiakkaan hoidon suunnittelua sekä takaisi hoidon saumattomuuden.

LÄHTEET

- Allaudeen, N.B., Schnipper, J.L., Orav, E.J., Wachter, R.M., & Vidyarthi, A.R. 2011a. Inability of Providers to Predict Unplanned Readmission. *Journal of General Internal Medicine* 2011;7 (26),771–776.
- Alueuudistus. Maakunta- ja sote-uudistus. Viitattu 3.3.2018. <http://alueuudistus.fi/etusivu>.
- Andersen, M.R. 1995. Revisiting the Behavioral Model and Access to Medical Care: Does It Matter? *Journal of Health and Social Behavior* 1995;36 (March),1–10.
- Aira, A. 2012. Toimiva yhteistyö. Työelämän vuorovaikutussuhteet, tiimit ja verkostot. Jyväskylän yliopisto. Humanistinen tiedekunta: 179.
- Beloosesky, Y., Weiss, A. & Mansur, N. 2011. Validity of the Medication-Based Disease Burden Index Compared with the Charlson Comorbidity Index and the Cumulative Illness Rating Scale for Geriatrics. A Cohort Study. Original research article. *Drugs Aging* 2011; 28(12),1007–1104.
- Coleman, E.A., Smith, J.D, Frank, J.C., Min, S-J., Parry, C. & Kramer, A.M. 2004. Preparing Patients and Caregivers to Participate in Care Delivered Across Settings: The Care Transitions Intervention. *Journal of the American Geriatrics Society JAGS* 2004;52, 1817–1825.
- Craven, E & Conroy, S. 2015. Hospital readmissions in frail older people. University Press Cambridge. *Clinical Gerontology* 2015; 25,107–116.
- Eskola, J. & Suoranta, J. 2000. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Tampere: Vastapaino.
- Finlex 2012/ 980. Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista. Finlex 28.12.2012/980. Viitattu 29.1.2018. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2012/20120980>.
- Finlex 1990/1116. Mielenterveyslaki. Finlex 14.12.1990/1116. Viitattu 20.3.2018. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1990/19901116>.
- Finlex 17.8.1992/785- Laki potilaan asemasta ja oikeuksista. Viitattu 27.3.2018. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785#L2P6>
- Flinkman Päivi 2004. Saumattomat palveluketjut ja hoitotyön johtajuus. Analyysi Satakunnan Makropilotin arviointiasiakirjoista ja kansallisen ohjausjärjestelmän dokumenteista. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos. Terveystieteiden maisterikoulutus hoitotieteessä. Pro gradututkielma.
- García-Pérez, Linertová, Lorenzo-Riera, Vázquez -Díaz, Duque González & Sarría-Santamera 2011. Risk factors for hospital readmissions in elderly patients: a systematic review. *QJM* 104/8.
- Goldenberg, S. 2006. Retrospective comparison of One-time Inpatient Mental Health Admissions to readmissions: a Look at Managed Care. Psychology Dissertations. Philadelphia College .
- Hagerty B.M. & Williams R.A. 1999. The effects of sense of belonging, social support, conflict and loneliness on depression. *Nursing Research* 48, 215-219
- Harjajärvi, M., Pirkola, S. & Wahlbeck, K. 2006. Aikuisten mielenterveyspalvelut muutoksessa. Helsinki: Suomen kuntaliitto.

Hautala - Jylhä, P. - L. 2007. Psychiatric Post - ward Outpatient Services. Between Hospital and Community. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos. Väitöskirja.

Hawthorne W, Green E, Folsom, D. & Lohr J. 2009. A Randomized Study Comparing the Treatment Environment in Alternative and Hospital-Based Acute Psychiatric Care. Psychiatric Services. September 2009 Vol. 60 No. 9.

Hebert, C., Shivade, C., Foraker, R., Wasserman, J., Roth, C., Mekhjian, H., Lemeshow, S., & Embi, P. 2014. Diagnosis-specific readmission risk prediction using electronic health data: a retrospective cohort study. BMC. Medical Informations & Decision Making 2014;14(65),1–9.

Hietaharju, P. & Nuuttila, M. 2010. Käytännön mielenterveystyö. 2010. Helsinki: Tammi.

Hietala O., Valjakka S. & Martikka N. 2000. ”Täällä tehdään töitä itseä varten” Klubitalot ja jäsen- talot mielenterveyskuntoutuksen ja työllistämisen uusina vaihtoehtoina. Kuntoutussäätiön tutkimuksia 65/2000. Helsinki: Yliopistopaino.

Hirsjärvi, Sirkka & Hurme, Helena. 2011. Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Yliopistopaino.

Holmberg, J. 2008. Mitä on mielenterveys- ja päihdehoitotyö? Teoksessa Holmberg, J., Hirschovits, T., Kylmänen, P. & Agge, E. (toim.) Tämä potilas kuuluu meille. Sairaanhoidaja tekee mielenterveys- ja päihdetyötä. Helsinki: Suomen sairaanhoidajaliitto ry.

Hotanen, J., Laine, R. O. & Pietiläinen, S. 2001. Benchmarking – opas. Opi hyviltä esiku-vilta! Espoo: Otavamedia.

<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/suositus?id=hoi35050#NaN>. Viitattu 18.1.2018

<http://www.hus.fi/sairaanhoito/sairaalat/Sivut/default.aspx>. Viitattu 3.4.2018.

HUS tilastot. 1.1.2016-20.12.2017.

Iloabuchi, T.C., Mi, D., Tu, W. & Counsell, S.R. 2014. Risk Factors for Elderly Hospital Readmission in Low-Income Elderly Adults. Journal of the American Geriatrics Society JAGS2014; 62, 489–494

Juusela, T., Lillia, T., Rinne, J. 2000. Mentoroinnin monet kasvot. Helsinki: yrityskirjat.

Juvakka, Taru – Kylmälä, Jari 2007: Laadullinen terveystutkimus. Helsinki: Edita PrimaOy.

Karlöf, B., Lundgren, K. & Froment M. 2003. Ota oppia parhaista. Jyväskylä; Gummerus kirjapaino.

Kelo, S., Launiemi, H., Takaluoma, M. & Tiittanen, H. 2015. Ikääntynyt ihminen ja hoitotyö. 1. painos. Helsinki: SanomaPro.

Kettunen, S. 2009. Onnistu projektissa. Helsinki: Wsoypro.

Kinnula, P., Malmi, T., Vauramo, P. Saadaanko sote uudistuksella tasalaatua. 2014. Sastamala: Vammalan kirjapaino Oy.

Kivelä, H., Seittenranta, S. & Jäntti, R. 2007. Potilaiden kotiutumiseen ja ympärivuorokautiseen hoitoon sijoittamiseen liittyvä yhteistyö Herttoniemen sairaalassa. Itäisen ja Kaakkoisen alueen toimintojen yhdistäminen. Helsingin terveyskeskuksen raportteja 2007:3.

Koivuranta-Vaara, P. (toim.) 2011. Terveystuon laatuopas. Suomenkuntaliitto. Helsinki. Viitattu 25.2.2017. <http://hoidonvaikuttavuus.fi/wordpress/wp-content/uploads/2014/02/Tlaatuopas.pdf>

Kotihoidosta sairaalaan ja sairaalasta kotihoitoon työryhmäraportti. 2007. Helsingin kaupunki terveystieteiden keskus.

Koponen, H. 2016. Pitkävaikutteinen injektio lääke helpottaa psykoosipotilaan hoitoon sitoutumista. Julkari. https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/130695/2_16%20Pitkavaikutteinen%20injektio%20lääke%20helpottaa%20psykoosipotilaan%20hoitoon%20sitoutumista.pdf?sequence=1

Korkeila J. 2011. Psykiatristen hoitojärjestelmien kansainvälinen vertailu –onko sillä antia Suomelle? Suomen Lääkärilehti 36/2011.

Koshy, E., Koshy, V. & Waterman, H. 2011. Action Research in Healthcare. London: SAGE Publications Inc.

Kujala, E. 2003. Asiakaslähtöinen laadunhallinnan malli. Akateeminen väitöskirja. Tampereen yliopisto.

Kylmä, Jari –Juvakka, Taru 2007: Laadullinen terveystutkimus. Helsinki:Edita Prima Oy.

Laamanen, K. 2007. Johda liiketoimintaa prosessien verkkona – ideasta käytäntöön. 7.painos. Helsinki: Otavan Kirjapaino.

Li, J.Y., Yong, T.Y., Hakendorf, P., Ben-Tovim, D.I. & Thomson, C.H. 2015. Identifying risk factors and patterns for unplanned readmission to a general medical service. Australian Health Review 2015;39;56–62.

Mielenterveyslaki 14.12.1990/1116/. Viitattu 10.10.17

Moring, J., Martins, A., Partanen, A., Bergman, V. & Nordling, E. & Nevalainen, V. (toim.) Kansallinen mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009 -2015. Toimeenpanosta käytäntöön 2010. THL. 2011. Tampere: Juvenes Print. Viitattu 1.3.2018 <https://www.thl.fi/documents/10531/95613/Raportti%202011%206.pdf>

Nordling, E. 2007. Ruvettiin pitämään ihmisenä. Vastuutasojärjestelmässä kuntoutettujen skitsofreniapotilaiden kuntoutumisreitit, hoitopalveluiden käyttö ja psykososiaalinen hyvinvointi. Akateeminen väitöskirja. Tampereen yliopisto. Psykologian laitos. Etelä -Pohjanmaan sairaanhoitopiiri.

Ojanen, J. & Mantere, O. 2013. Psykiatrinen lainsäädäntö lääkäreille. Duodecim 129:855-62.

Ojasalo, Moilanen, Ritalahti, 2015, Kehittämistyön menetelmät – Uudenlaista osaamista liiketoimintaan. Helsinki: Sanoma Pro.

Pikkarainen, A., Vaara, M. & Salmelainen, U. 2014. Gerontologinen kuntotus osaksi uudistuvia vanhustal palveluja. Fysioterapialehti 2014; 1,5–9.

Robinson, S., Howie- Esquivel, J. & Vlahov, D. 2012. Readmission Risk Factors after Hospital Discharge Among Elderly. Population Health Management 2012; 15(6), 338–351.

Rytter, L., Jakobsen, H. N., Rønholdt, F., Hammer, A.V., Andreassen, A.N., Nissen, A. & Kjellberg, J. 2010 Comprehensive discharge follow-up in patients' homes by GPs and district nurses of elderly patients. Scandinavian Journal of Primary Health Care, Sep2010; 28(3), 146–153.

Saaranen- Kauppinen, A. & Puusniekka, A. 2006b. 6.3.2 Teemahaastattelu. KvaliMOTV -Menetelmäopetuksen tietovaranto. Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tietovarasto. Viitattu 22.11.2017. <http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/>.

Saaranen-Kauppinen, A. & Puusniekka, A. 2006. Menetelmäopetuksen tietovaranto –Kvali-MOTV. Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto. Vitattu 1.11.2017.
http://www.fsd.uta.fi/fi/julkaisut/motv_pdf/KvaliMOTV.pdf

Shelton, P., Sager, MA. & Schraeder, C. 2000. The Community Assessment Risk Screen (CARS): Identifying Elderly Persons at Risk for Hospitalization or Emergency Department Visit. The American Journal of Managed Care, Aug 2000; 6(8), 925–933.

Silén, T. 2006. Johtamisen ja strategisen ajattelun näkökulmia. Palmenia sarja. Helsinki: Yliopistopaino.

Silverstein, M.D., Qin, H., Mercer, S.Q., Fong, J. & haydar, Z. 2008. Risk factors for 30-day hospital readmission in patients >65 years of age. Baylor University Medical Center Proceedings 2008; 21 (4), 363–372.

Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto Valvira. Hoitoon pääsy. Verkkodokumentti. http://www.valvira.fi/terveydenhuolto/potilaan-asema-ja-oikeudet-oikeudet/hoitoon_paasy . Luettu 13.1.2018.

Sosiaali- ja terveysministeriö. Laitoshoidto. Viitattu 20.3.2018. <http://stm.fi/laitoshoidto>.

Sosiaali- ja terveysministeriö. Mielenterveyspalveluiden laatusuositus. Sosiaali- ja terveydenhuollontavoite- ja toimintaohjelman (TATO) mielenterveyden valmistelu- ja seurantaryhmä. 2012. Viitattu 1.3.2018 <https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/69977/laatusuositus.pdf?sequence=1>

Suomen mielenterveysseura. Mielenterveyspalvelut. Viitattu 21.3.2018. <https://www.mielenterveysseura.fi/fi/tukea-ja-apua/apua-mielenterveyden-ongelmiin/mielenterveyspalvelut>

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2002. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Tammi.

Tuori, Kaarlo: Sosiaaliset oikeudet (PL 19 §). Teoksessa Hallberg, Pekka –Karapuu, Heikki – Ojanen, Tuomas –Scheinin, Martin -Tuori, Kaarlo –Viljanen, Veli- Pekka: Oikeuden perusteokset. Perusoikeudet. 2. uud. p. Helsinki 2011

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. 5. uud.p. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Vaasan sairaanhoitopiiri. 2015. Geriatrisen potilaan palveluketju. Hoitoketjut. Päivitetty 5/2016. Terveysportti. Kustannus Oy Duodecim. Artikkelin tunnus: shp01124, 1–14.

Valvira. Hoitoon pääsy. Verkkodokumentti. http://www.valvira.fi/terveydenhuolto/potilaan-asema-ja-oikeudet-oikeudet/hoitoon_paasy . Luettu 13.1.2018.

Vilka, H. 2005. Tutki ja kehitä. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Valtioneuvosto. 2015. Hallitus päätti SOTE-uudistuksen jatkosta ja itsehallintoalueista. Valtioneuvoston viestintäosasto. Tiedote 591/2015. Viitattu 2.3.2018 http://valtioneuvosto.fi/artikkeli/-/as-set_publisher/hallitus-paatti-sote-uudistuksen-jatkosta-ja-itsehallintoalueista?_101_IN-STANCE_3wyslLo1Z0ni_groupId=10616.

Virtanen, P. Suoheimo, M., Lamminmäki, S., Ahonen, P. 2011. Matkaopas asiakaslähtöisten sosiaali- ja terveyspalvelujen kehittämiseen. Tekes.

Vähäkangas, P.2009. Toimintakykyä edistävä hoitotyö. Voutilainen, P & Tikkanen, P (toim.). Gerontologinen hoitotyö. 1. painos. Helsinki: WSOY, 145–157.

Wahlbeck, K., Haaramo, P. & Cresswell Smith, J. 2017. Mielenterveyspalvelu-jen kehittäminen; psykiatrasta sairaanhoitoa koskevien rekisteritietojen hyödyntäminen. THL.

Wikipedia. Psykiatria. Viitattu 23.2.2018.

Willson, M.N., Greer, C.L., & Weeks, D.L. 2014. Medication Regimen Complexity and Hospital Readmission for and Adverse Drug Event. *Annals of Pharmacotherapy* 2014;48(1),26–32.

Wolters Kluwers Heath.2012. Medicare and Medicaid; Social environmental factors' affect re-hospitalization risk in home healthcare patients. 1–4. Viitattu 13.1.2018. <http://search.proquest.com/docview/1179027803?accountid=12003>

Toimeksiantosopimus



OPINNÄYTETYÖN TOIMEKSIANTOSOPIMUS

1. Osapuolet

Opiskelija

Nimi:	NIINA OKSANEN	S-posti:	NIINA.OKSANEN@HUS.FI
Osoite:		Puhelin:	050 4223302
Koulutus:	AMK KEHITTÄMINEN JA JOHTAMINEN		

Toimeksiantaja

Yhteyshenkilön nimi:	Margareta Leppänen	Organisaatio:	HUS
Osoite:	Lohjan Seurakunta, Seurakatu 8		08200 Lohja
S-posti:	margareta.leppanen@hus.fi	Puhelin:	050 3867162

Turun ammattikorkeakoulu Oy

Yhteyshenkilö/ohjaaja:	Kari Salonen	Puhelin:	044 907 4549
S-posti:	Kari.Salonen(at)Turkuamk.fi		

2. Ohjaus ja vastuut

Vastuu opinnäytetyön tekemisestä ja tuloksista on opiskelijalla. Turun ammattikorkeakoulu vastaa opinnäytetyön ohjauksesta ja arvioinnista oppimistehtävänä. Toimeksiantaja sitoutuu antamaan opiskelijan käyttöön kaikki opinnäytetyön tekemiseen tarvittavat tiedot ja aineistot sekä ohjaamaan opinnäytetyötä toimeksiantajaorganisaation näkökulmasta.

3. Oikeudet

Opinnäytetyön tekijänoikeus kuuluu sen tekijälle eli opiskelijalle. Jos ohjaajan osuus opinnäytetyön tulosten aikaansaamiseksi on ollut poikkeuksellisesti niin luova ja omaperäinen, että se on tekijänoikeudellisesti suojattu muodostamatta kuitenkaan opiskelijan työstä erotettavissa olevaa itsenäistä osaa, on opiskelijalla ja ohjaajalla teokseen yhteinen tekijänoikeus, jonka ehdoista asianomaiset sopivat tarvittaessa erikseen. Muiden immateriaalioikeuksien osalta noudatetaan kulloinkin voimassa olevaa, kyseistä oikeutta koskevaa lainsäädäntöä.

4. Työsuhte ja kustannukset

Mahdollisesta työsuhteesta, työstä maksettavasta palkkiosta ja työstä (opinnäytetyöstä) mahdollisesti aiheutuvien kustannusten korvaamisesta toimeksiantaja, opinnäytetyön tekijä ja ammattikorkeakoulu sopivat erikseen.

5. Tulosten julkistaminen ja luottamuksellisuus

Opiskelija laatii Turun ammattikorkeakoulun ohjeen mukaisen dokumentaation opinnäytetyöstä, jonka hän luovuttaa toimeksiantajalle ja toimittaa kansitettuna kirjaston lainakokoelmaan tai Open Access – julkaisuna Theseus-tietokantaan.

Opiskelija laatii opinnäytetyön julkistettavan aineiston siten, ettei se sisällä toimeksiantajan liike- tai ammattisalaisuuksia eikä mahdollisia muita salassa pidettäväksi sovittuja tietoja tai aineistoja, eikä myöskään julkisuuslaissa (laki viranomaisten toiminnan julkisuudesta 621/1999) salassa pidettäväksi määritettyjä tietoja. Edellä tarkoitetut tiedot ja aineisto jätetään työn tausta-aineistoon. Opinnäytetyön arvioinnissa otetaan huomioon sekä julkistettava että salassa pidettävä osa.

☒ Tämän sopimuksen osana noudatetaan Turun AMK:n opinnäytetyön toimeksiantosopimuksen salassapitoehtoja. (Rasti ruutuun, mikäli salassapitoehtojen noudattamisesta sovitaan.) Salassapitoehto sovellettaessa on niiden edellyttämä salassapitovelvollisuus voimassa viisi (5) vuotta toimeksiantosopimuksen voimaan astumisesta.

Opiskelija toimittaa toimeksiantajan yhteyshenkilölle julkistettavan opinnäytetyön tutustumista ja lausunnon antamista varten viimeistään 14 päivää ennen aiottua työn julkistamisajankohtaa. Toimeksiantaja toimittaa opiskelijalle lausunnon opinnäytetyöstä ennen sen ilmoitettua julkistamisajankohtaa ja määrittelee launnossaan tarvittaessa työhön mahdollisesti sisältyvät julkistamatta jätettävät tiedot ja aineistot.

Ellei toimeksiantaja toimita opiskelijalle lausuntoa ennen ilmoitettua julkistamisajankohtaa tai ei launnossaan esitä luottamuksellisuuden vuoksi poistettavaksi tietoja opinnäytetyön julkistettavaksi aiotusta aineistosta, katsotaan toimeksiantajan hyväksyneen opinnäytetyön julkistamisen opiskelijan sille toimittamassa muodossa. *OPINNÄYTTE TARKISTETAAN ENNEN JULKAISEMISTA TYÖANTAJAN TOIMESTA!*

☐ Opinnäytetyö on julkistettavissa kokonaisuudessaan. Se ei sisällä luottamuksellista tietoa. (Rasti ruutuun, mikäli asia on tiedossa jo toimeksiantovalheessa.)

Opinnäytetyön aihe: *PSYKIATRISEEN SAIRAALAN TOISTUVASTI PALAAVAT POTILAAT.*

Seuraavia opinnäytetyön sisältämiä aineistoja ja tietoja ei julkisteta:

6. Sopimuksen voimassaolo ja allekirjoitukset

Tämän sopimuksen osapuolina allekirjoittaneet hyväksyvät edellä esitetyt ehdot ja sitoutuvat toimimaan opinnäytetyön toteutuksessa niiden mukaisesti. Tämän sopimuksen allekirjoituksin Turun ammattikorkeakoulu Oy hyväksyy edellä yksilöidyn opinnäytetyön aiheen. Tämä sopimus astuu voimaan, kun kaikki osapuolet ovat sen allekirjoittaneet, ja voimassaolo lakkaa automaattisesti kolmen (3) vuoden kuluttua voimaan astumisesta tai sitä ennen opinnäytetyön valmistuttua.

(Paikka) 4 M 12017 (pp.kk.vvvv)
Toimeksiantajaorganisaatio

Marja Leena Leppänen
Marja Leena Leppänen
Ylihoitaja, TtM
Lohjan sairaanhoitoalue

(Paikka) 3 / 4 12017 (pp.kk.vvvv)
Opiskelija

Wim Oksanen

Marja Leena Leppänen
Ylihoitaja, TtM
Lohjan sairaanhoitoalue
Nimen selvennys/ titteli

NIINA OKSANEN
Nimen selvennys, opiskelija

5 15 1207 (pp.kk.vvvv)
(Paikka)
Turun ammattikorkeakoulu Oy

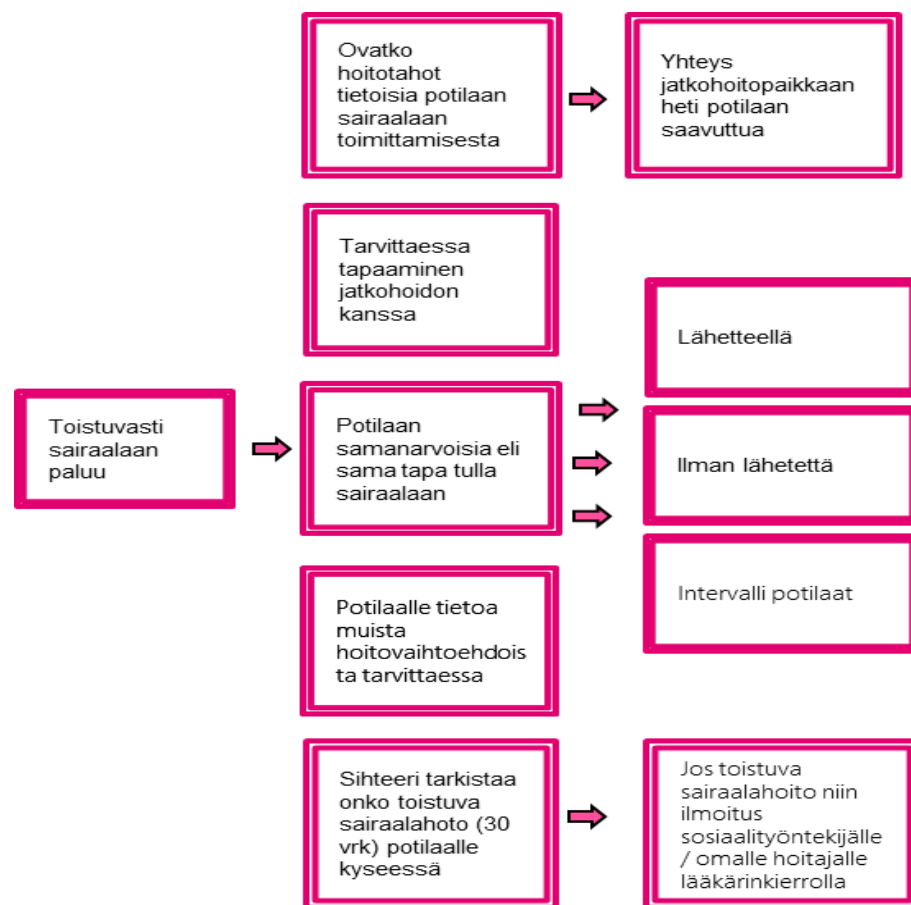
Katja Heikkinen
Nimen selvennys, KT-päällikkö/KT-päällikön
valtuuttamana

Katja Heikkinen
Koulutusvastuu
LIITTEET
Opinnäytetyösuunnitelma ☐
Salassapitoehdot ☐

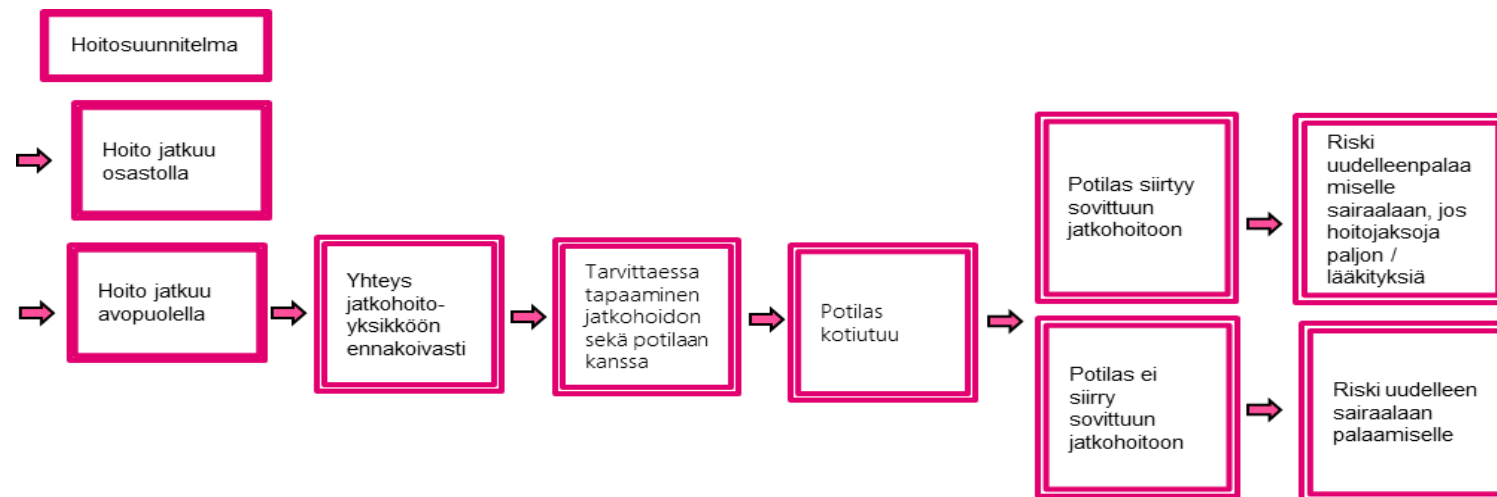
Teemahaastattelurunko

1. Millaista hoitoa tarjoatte hoitoyksikössänne?
2. Miten toteutatte lääkehoitoa?
3. Koulutustarpeet?
4. Minkä syiden vuoksi potilaat palaavat suunnittelemattomasti toistuvasti sairaalaan?

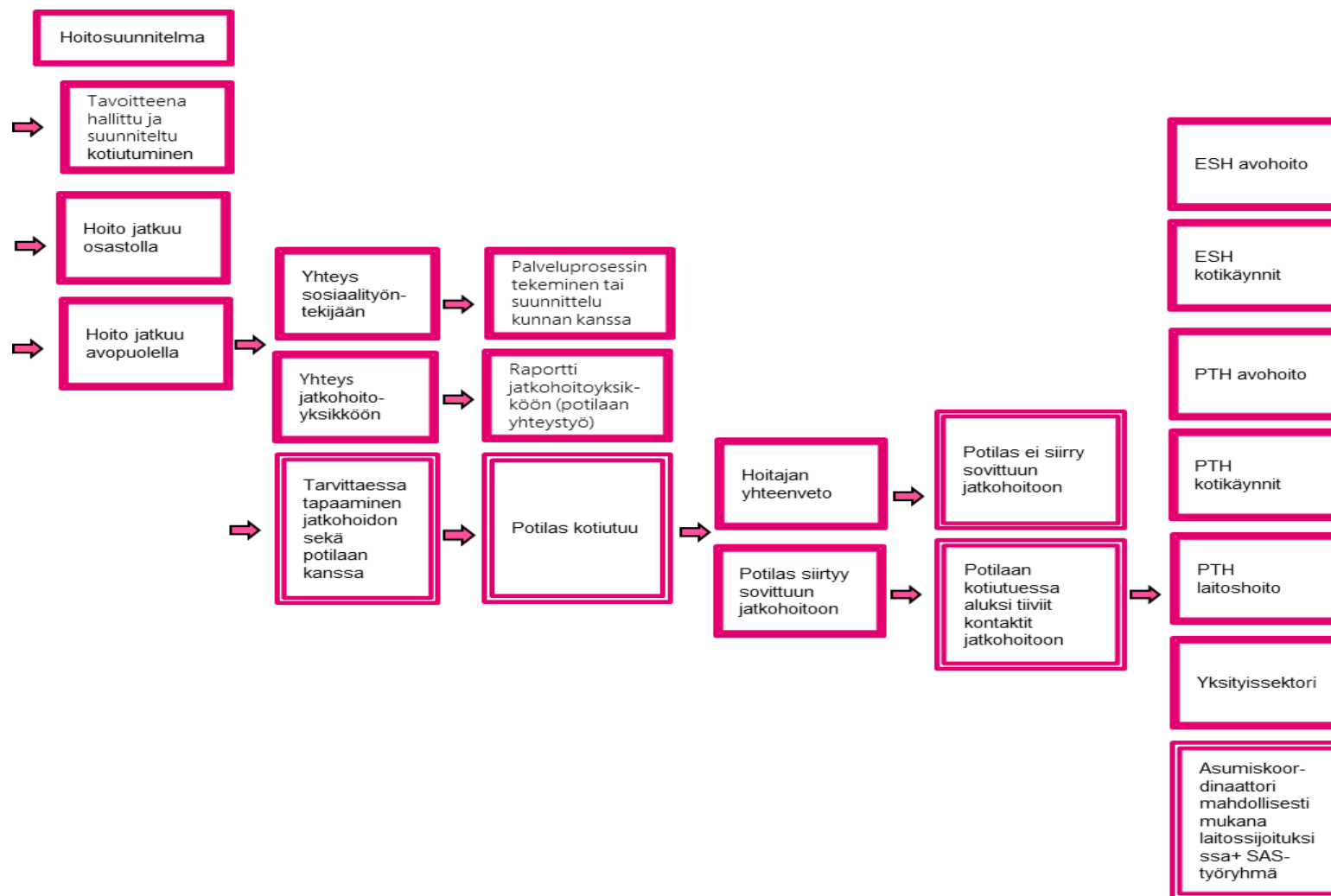
Toistuvasti sairaalaan palaava potilas: huomioitavaa sairaalassa



Toistuvasti sairaalaan palaava potilas: sairaalasta kotiutuva potilas



Toistuvasti sairaalaan palava potilas: sairaalasta kotiutuva potilas; uudelleen arvio



Toistuvasti sairaalaan palaava potilas: jos ei sittenkään sairaalaa tarvita

